

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**EDITH MARIA BARBOSA RAMOS**

**DIREITO À SAÚDE, DIREITO À IGUALDADE E UNIVERSALIDADE:**  
uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais  
nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas

São Luís  
2012

**EDITH MARIA BARBOSA RAMOS**

**DIREITO À SAÚDE, DIREITO À IGUALDADE E UNIVERSALIDADE:**

uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais  
nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ozanira da Silva e Silva.

São Luís  
2012

Ramos, Edith Maria Barbosa.

Direito à saúde, direito à igualdade e universalidade: uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas / Edith Maria Barbosa Ramos. – São Luís, 2012.

256 f.

Orientadora: Maria Ozanira da Silva e Silva.

Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, 2012.

1. Saúde - Políticas públicas. 2. Mercantilização. 3. Desmercantilização. I. Título.

CDU 304.4:614(7/8)

**EDITH MARIA BARBOSA RAMOS**

**DIREITO À SAÚDE, DIREITO À IGUALDADE E UNIVERSALIDADE:**

uma análise de concepções de saúde e da atuação de organismos internacionais  
nas políticas públicas sanitárias para a Região das Américas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Maria Ozanira da Silva e Silva (Orientadora)  
Doutora em Serviço Social  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Natalino Salgado Filho  
Doutor em Medicina  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Roberto Carvalho Veloso  
Doutor em Direito  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Antônio Augusto Pereira Martins  
Doutor em Medicina  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup> Sueli Gandolfi Dallari  
Doutora em Direito  
Universidade de São Paulo

À Deus, que com sua infinita bondade nos conduz pelo fértil caminho do conhecimento.

Aos meus pais, Marlene e José, que, apesar das dificuldades, sempre me incentivaram a prosseguir nos estudos. Em especial ao meu pai, o ser humano que mais respeito e admiro na presente encarnação.

Ao meu marido Márcio Flávio, meu amor.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, Pai de Toda Bondade, que permitiu a companhia de espíritos bons, encarnados ou desencarnados, que indicaram o melhor caminho na construção desse trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Maria Ozanira Silva e Silva pela ajuda carinhosa, atenção, preocupação e incentivo, a quem devo grande parte dos conhecimentos científicos adquiridos ao longo desses anos. Que soube com paciência e dedicação me auxiliar na incursão das políticas públicas.

Ao Prof. Natalino Salgado Filho pelo auxílio e compreensão, sem o qual seria impraticável o término desse trabalho.

Aos meus pais, Marlene e José, referenciais de integridade, respeito, educação e perseverança.

Ao meu marido, Márcio Flávio, meu descanso, minha mansidão, minha aventura, minha alegria, meu espírito companheiro, pelos momentos de solidão a que foi relegado quando da construção deste trabalho. Agradeço a compreensão pela minha ausência física e espiritual.

Ao Prof. Paulo Roberto, meu irmão, por ser, durante muito tempo, a principal referência em minha vida, espírito de luz que fortaleceu muitas de minhas escolhas.

Aos meus irmãos Roberto Paulo e Elienne Ramos, as minhas cunhadas Márcia Haydée e Emiliane, ao meu cunhado Paulo Augusto e aos meus amados sobrinhos Pedro Otávio, André Felipe e Paulo Gabriel que mesmo à distância emitiam vibrações positivas que nutriam meu espírito de força e coragem.

À Prof<sup>a</sup> Jaqueline Prazeres de Sena que nestes últimos meses garantiu que eu tivesse tempo e tranquilidade para desenvolver a presente tese. Minha grande amiga, aquela que sabe consolar os momentos de dor e angústia, mas que sabe ser feliz comigo nos momentos de alegria. Agradeço a Deus sua companhia despreendida nessa encarnação.

À Prof<sup>a</sup> Ana Teresa Silva de Freitas, colega de aula e amiga de vida, que cuidou de mim com carinho de mãe.

À Prof<sup>a</sup> Márcia Helena Soares Costa, minha irmã de espírito, pelo carinho, disponibilidade e atenção. Ao João Guilherme, motivo de alegria e demonstração

irretocável da existência de Deus. Ao grande amigo Adriano Pessoa pelas deliciosas discussões que a filosofia pode proporcionar.

Às minhas queridas Ana Tereza, Maria Luiza e Ana Júlia, alegria para os dias tristes e energia para os dias de esgotamento.

À querida Prof<sup>a</sup> Amanda Silva Madureira, minha mais recente amiga, que conseguiu demonstrar que a força e a razão são capazes de superar qualquer obstáculo.

Aos amigos Thyenes e Eduardo que sempre representaram a vitória sobre todas as dificuldades e sempre estiverem disponíveis quando precisei.

Aos professores Alexandre Moura, Alexandre Freire, Cláudio Guimarães, Marcelo Carvalho, Alonso Freire, Márcio Aleandro, Leonardo Marques companheiros de luta, da luta pelo respeito, pela dignidade, pela verdade e pela justiça.

Ao querido Professor Edson Vidigal e sua amada Euridece pelo exemplo de vida e pelo carinho descomprometido e sincero.

Aos queridos amigos Renato, Betânia, Michel, Marcelo, Suelen, Ana Marcia, Michel, Claudio Marques, grandes amigos, aos quais reitero, individualmente, minha imensa gratidão pelo apoio dedicado.

À Prof<sup>a</sup>. Sueli Dallari primeira referência para o estudo e pesquisa do Direito à Saúde.

Aos Professores José Cláudio Pavão e Eliud José Pinto da Costa pela disponibilidade e atenção.

Aos professores Antônio Augusto e Roberto Veloso pela presença, responsabilidade e atenção.

Às professoras revisoras Marinalva e Conceição, profissionais de alto nível, que desenvolveram atividades imprescindíveis a garantia da qualidade do presente estudo.

Aos queridos José Martins e Anunciação que receberam minha presença com amor maior que poderia imaginar

A minha aluna Isadora Diniz, petiana egressa, que cresceu nestes últimos anos como pessoa e se revelou brilhante pesquisadora. A todos os petianos presentes e egressos que representam a esperança na melhor formação e na mais importante qualificação.

Aos colegas de trabalho, Cândida, Antônio José, Stefano, Othon, Francisca, Camilla, Laisse e Izabel, pela colaboração prestada, o que contribuiu decisivamente para o bom andamento desse trabalho.

Aos Professores João de Deus, Silvia Duailibe, Cesar Castro, Cenidalva e Barroqueiro que pela experiência de universidade tornaram minha vida mais fácil.

A Dora, Agnaldo e Paulo Buna que permitiram as reuniões, os trâmites processuais e os deslocamentos possíveis, indispensáveis à construção do presente projeto.

A dona Gisele por me liberar das atividades cotidianas, tão importantes, mas tão custosas e cansativas.

Aos professores do Departamento de Direito e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas que amam a UFMA e que trabalham para sua consolidação como uma das melhores instituições do país.

Aos bons alunos, aqueles que tornam a docência uma atividade nobre e valorosa.



## RESUMO

Esta tese aborda, como objeto de sua investigação, as concepções de saúde construídas na modernidade, a partir do novo arranjo de entidades e organizações internacionais que se constituíram no século XX, bem como tem por escopo as diretrizes para as políticas sanitárias no mundo, em especial, aquelas forjadas para a Região das Américas. As prioridades na saúde na Região das Américas não são determinadas a partir de indicadores presentes na carga global de doenças, mas o resultado de articulações constituídas, não raro, em certos organismos internacionais, em consonância com eleições ditadas por condicionantes econômicos, políticos e conjunturais, que permitem a consolidação e a expansão das diretrizes mundiais, resposta da convergência dos interesses dos Estados desenvolvidos e dos Organismos que representam os atores e as racionalidades assentes no sistema das Nações Unidas. Os governos, nos países desenvolvidos, envolvem-se cada vez menos no sistema produtivo, em contra partida, praticam excessivo trabalho normativo, sustentado por forte aparato técnico, especializado e burocrático, em âmbito nacional e internacional para regulamentar, fiscalizar e disciplinar determinados setores do Estado. Os sistemas internacionais de regulação são progressivamente estabelecidos em todas as áreas econômicas e sociais. Na área da saúde, as medidas de qualidade e de padrões mínimo de segurança são constantemente avaliados e exigidos. Desta feita, são, não raro, definidas em organismos internacionais, com o propósito de que estes estejam acima de todos os Estados. Não se pode analisar as políticas de uma região ou de um país sem compreender a natureza dos vínculos entre estes Estados e os Organismos Internacionais, assim como as mudanças que ocorrem em tais vínculos. Ao afetar os interesses políticos dos diferentes agentes sociais, a interferência das agências internacionais produzem mudanças nas coalizões, nas políticas e nas instituições domésticas. Os agentes políticos respondem tanto aos limites impostos quanto aos incentivos e restrições inerentes às instituições nacionais existentes. Os resultados políticos dos efeitos desse processo de interferência internacional não são visíveis apenas na perspectiva econômica dos estados. Os julgamentos, as manobras, os processos institucionais, entre outros fatores exógenos, determinam o tipo e as prioridades das políticas sociais nos países. Com fundamento nas normas de Direito Internacional, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, na Agenda da Saúde

para as Américas 2008-2017, nas regulamentações sanitárias da OMS e da OPAS, na normatização das Nações Unidas e de suas instituições de cooperação econômica, objetiva-se compreender o contexto de múltiplas formações de prioridades sanitárias para a região das Américas, discutindo o seu acesso e as suas repercussões. Para tanto, analisa-se os fundamentos desenvolvidos na atualidade para a formulação das diferentes concepções sobre o direito à saúde, destacando o conceito e o conteúdo do direito, bem como se analisa as contemporâneas teorias da justiça utilizadas como determinantes para a efetivação do direito à saúde. Aborda-se, ainda, as necessidades básicas e a igualdade de oportunidades como fios condutores da questão do direito à saúde, demonstrando que a concretização do direito à saúde denota uma necessária igualdade de oportunidades e o essencial respeito à autonomia dos indivíduos. Nessa perspectiva, por outro lado, tornou-se fundamental analisar as ideias de mercantilização e desmercantilização do direito à saúde, discutindo a universalização desse direito como critério para a inclusão social, sem deixar de considerar os elementos concretos de desigualdade social e escassez de recursos. Por fim, desenvolve-se análise sobre as políticas da saúde na região das Américas a partir dos Organismos Internacionais, confrontando as diferentes concepções do direito à saúde adotadas pelas diferentes agências internacionais, bem como aborda-se a persistência de desigualdades em saúde, caracterizadas como injustas e evitáveis, nas populações das Américas, temática que constitui o desafio mais importante para os sujeitos (públicos e privados) nacionais e internacionais da Região.

Palavras-chave: Direito à saúde. Necessidades básicas. Igualdade de oportunidades. Mercantilização e desmercantilização. Escassez de recursos. Políticas públicas. América Latina.

## ABSTRACT

This thesis analyzes the concepts of health in modernity, from the new arrangement of institutions and international organizations that emerged in the twentieth century, and has the scope of the guidelines for health policies in the world, particularly those forgotten for the Americas. Health priorities in the Americas are not determined from these indicators in the global burden of disease, but the result of determinations run by certain international organizations in line with economic conditions dictated by elections, political and economic climate, enabling the consolidation and expansion of global guidelines, response to the convergence of interests of the developed and the bodies of the actors and rationales based on the UN system. Governments in developed countries, engage in less productive system, although, excessive work practice standards, supported by strong technical apparatus, and bureaucratic expertise in national and international level to regulate, oversee and regulate certain sectors of the State . The international regulatory systems are gradually being established in all economic and social areas. In health, the quality measures and minimum standards of security are constantly evaluated and required this time, are increasingly defined in international bodies, in order that they are above all states. You can not analyze the politics of a region or a country without understanding the nature of the ties between these states and international organizations, as well as changes that occur in such bonds. By affecting the political interests of different actors, the interference of international agencies produce changes in the coalitions, the policies and domestic institutions. Political actors respond to both the limits and restrictions as to the incentives inherent in national institutions. The results of the effects of political interference process international are not only visible in the economic perspective of the states, the trials, the maneuvers, institutional processes, and other exogenous factors determine the type and priorities of social policies in countries, particularly in developing States. Based on the norms of international law, the Millennium Development Goals in the Health Agenda for the Americas 2008-2017, the sanitary regulations of WHO and PAHO, the normalization of the United Nations and its institutions of economic cooperation (FAO, IMF and IBRD) aims to understand the context of multiple formations health priorities for the Americas region, discussing their access and their impact. It analyzes the fundamentals developed in time for the formulation of different conceptions of the right to health,

highlighting the concept and content of law as well as analyzes the contemporary theories of justice used as determinants for the realization of the right to health. Covers are also the basic needs and equality of opportunity to wire the issue of right to health, demonstrating that the realization of the right to health denotes a need for equal opportunities and respect for the essential autonomy of individuals. In this perspective, on the other hand, has become crucial to analyze the ideas of mercantilism and the right to health, discussing the universality of this right as a criterion for inclusion, while considering the specific facts of social inequality and lack of resources. Finally, it develops analysis of health policies in the Americas region from international organizations, comparing the different conceptions of the right to health taken by different international agencies as well as addresses the persistence of inequalities in health, characterized as unjust and avoidable, the populations of the Americas, a theme that is the most important challenge for the subjects (public and private) national and international region.

Keywords: Right to basic Needs health. Equal opportunities. Commodification and decommodification. Scarcity of resources. Public policy. Latin America.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AVAC</b>	- Años de Vida Ajustados por Calidad
<b>CEPAL</b>	- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
<b>ODM</b>	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>OG</b>	- Observação Geral
<b>OMC</b>	- Organização Mundial do Comércio
<b>OMS</b>	- Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	- Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	- Organização Pan-Americana da Saúde
<b>TIC</b>	- Tecnologia da Informação e das Comunicações

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTOS PARA FORMULAÇÃO DE CONCEPÇÕES DO DIREITO À SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
<b>2.1</b>	<b>Direito de proteção à saúde, direito de assistência à saúde e direito à saúde.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2</b>	<b>Direito à saúde no âmbito internacional dos direitos humanos.....</b>	<b>37</b>
<b>2.3</b>	<b>Elementos indicativos para compreensão da história da saúde e sua relação com as causas da pobreza.....</b>	<b>52</b>
2.3.1	O problema da questão ética no processo de concepção do direito à saúde.....	55
<b>2.4</b>	<b>Teorias negadoras do direito à saúde.....</b>	<b>57</b>
2.4.1	Propostas libertárias.....	59
2.4.2	Dever de beneficência e <i>decent minimum</i> .....	68
<b>2.5</b>	<b>Críticas às políticas de livre mercado no âmbito da saúde.....</b>	<b>73</b>
2.5.1	Princípio de Resgate.....	75
2.5.2	Seguro Prudente.....	79
<b>2.6</b>	<b>Uma concepção de saúde como bem público global.....</b>	<b>82</b>
<b>3</b>	<b>NECESSIDADES BÁSICAS E IGUALDADE DE OPORTUNIDADES COMO FIOS CONDUTORES DE UMA ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE.....</b>	<b>88</b>
<b>3.1</b>	<b>Teoria das necessidades de atenção à saúde.....</b>	<b>91</b>
3.1.1	O papel relevante das necessidades básicas no reconhecimento de uma concepção liberal da sociedade.....	93
3.1.2	Possibilidade de construção de um catálogo de necessidades básicas e da hierarquização das necessidades em saúde.....	100
3.1.3	Contribuições para construção de um núcleo mínimo de direito inerente ao homem.....	106

<b>3.2</b>	<b>Um teoria da justiça para construção de uma ideia de direito à saúde.....</b>	<b>113</b>
3.2.1	Princípio da justa igualdade de oportunidades e igualdade de capacidades básicas.....	120
3.2.2	Uma política de acesso universal à proteção da saúde e o uso de transferências em espécie.....	131
<b>4</b>	<b>UNIVERSALIZAÇÃO VERSUS DISCRIMINAÇÃO: confronto com uma concepção de direito à saúde.....</b>	<b>137</b>
<b>4.1</b>	<b>Igualdade de recursos e igualdade de oportunidades.....</b>	<b>137</b>
<b>4.2</b>	<b>Universalidade dos direitos humanos e a titularidade do direito à saúde.....</b>	<b>140</b>
4.3	A extensão do direito à saúde e os modelos de sistema de saúde.....	149
<b>5</b>	<b>AS POLÍTICAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS A PARTIR DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS: os limites e possibilidades dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde 2008-2017.....</b>	<b>175</b>
<b>5.1</b>	<b>Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências especializadas na temática da saúde.....</b>	<b>179</b>
5.1.1	Organização Mundial de Saúde (OMS).....	180
5.1.2	Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).....	181
<b>5.2</b>	<b>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a questão da saúde.....</b>	<b>184</b>
<b>5.3</b>	<b>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Região das Américas: panorama geral da Região e a agenda da Saúde 2008-2017.....</b>	<b>190</b>
<b>5.4</b>	<b>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Região das Américas: um balanço após dez anos de consenso mundial.....</b>	<b>210</b>
<b>5.5</b>	<b>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Região das Américas: exigência de um crescimento estável, equitativo e inclusivo.....</b>	<b>215</b>
<b>5.6</b>	<b>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: o estabelecimento de uma aliança mundial para o desenvolvimento.....</b>	<b>222</b>

<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>233</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>245</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O panorama de saúde na Região das Américas é caracterizado pela coexistência de danos devido a doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, violência, traumatismo, doenças profissionais e doenças mentais<sup>1</sup> (OPAS, 2009). Estas últimas substituíram as doenças transmissíveis como principais causas de morbimortalidade em todos os países.

Entre as doenças transmissíveis continuam as ameaças tradicionais, como, por exemplo a malária. Apareceram, no entanto, novas ameaças (como o HIV/AIDS); outras voltaram com bastante força (como a tuberculose) e as características de alguns agentes mudaram, tais como os vírus da influenza, cujas variantes são capazes de provocar uma pandemia de graves consequências (OPAS, 2009).

Em paralelo, subsiste um grupo de doenças que atinge, de forma desproporcional, os países em desenvolvimento e que são uma consequência da pobreza e são, em geral, estigmatizadas<sup>2</sup>. Mesmo demonstrado que essas doenças sejam objeto de prevenção e cura, com medicamentos de fácil administração, seu controle ainda não deixou de ser um grande desafio para a Região (CEPAL, 2005a).

Observaram-se melhorias nos indicadores de saúde convencionais<sup>3</sup>. Notadamente, quando se trata de médias nacionais. A principal característica da Região é a significativa diferença que os indicadores apresentam entre os países ou mesmo no interior de cada um deles. As desigualdades em saúde estão

---

<sup>1</sup> Kohn, R. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Revista Panamericana de la Salud Pública**, v. 18, n. 4/5, 2005. Indica que “[...] la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora y se estima que el número de personas con estos trastornos en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010.” (OPAS, 2009, p. 235).

<sup>2</sup> La comunidad internacional ha acuñado la expresión enfermedades desatendidas para referirse a estas enfermedades. En las Américas, estas enfermedades se agrupan como sigue: a) en barrios pobres: elefantiasis, lepra y leptospirosis; b) en zonas rurales: fiebre de caracoles (esquistosomiasis), fasciolosis, kala-azar y leishmaniasis cutánea, enfermedad de Chagas, cisticercosis, triquinosis y peste; c) en algunas comunidades indígenas: ceguera de ríos (oncocercosis) y enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis, pulgas de arena y hongos) y d) en la mayoría de las poblaciones pobres: ascariasis, uncinariasis y tricurosis (helminthosis transmitidos por contacto con el suelo). (OPAS, 2009).

<sup>3</sup> En América Latina y el Caribe, en el período de 1980 a 2005 la mortalidad infantil pasó de 56,6 a 24,8 por 1.000 nacidos vivos (COEPAL. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago, 2005b).

relacionadas a importantes diferenças geográficas, de idade, gênero, etnia, educação e distribuição de renda (CEPAL, 2005a).

Os processos de reforma do setor da saúde promovidos na década de 1990, na América Latina e no Caribe, concentraram sua atenção em aspectos financeiros e organizacionais, deixando em segundo plano os aspectos essenciais da saúde pública. Esses processos amainaram o papel do Estado em áreas fundamentais, o que demarcou um declínio sustentado da capacidade do Ministério da Saúde para o exercício da sua função condutora e do desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública (CEPAL, 2005a).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a busca pela equidade na saúde na Região das Américas exige, antes de tudo, a identificação dos grupos mais necessitados. As análises sanitárias têm revelado taxas desiguais nos indicadores básicos de saúde, em nível regional, nacional e internacional, assim como a magnitude das disparidades da equidade na saúde, entre países e populações e no interior deles (OPAS, 2002a).

Os dados básicos de saúde mostram que existe uma vinculação intrínseca entre certos determinantes socioeconômicos da saúde, como grau de alfabetização da mulher e a mortalidade materna. Assim, percebe-se que, numa situação desse tipo, investir na educação da população feminina poderia reduzir a mortalidade materna e, ao mesmo tempo, renderia benefícios fundamentais a longo prazo para a sociedade em conjunto (OPAS, 2002a).

As sociedades de maior desenvolvimento socioeconômico apresentam uma situação sanitária melhor que as sociedades menos desenvolvidas. E essa situação favorável contribui, por sua vez, para o desenvolvimento humano. Desta feita, parte-se do terreno empírico que se configura na demonstração de que o nível de renda, dentre as várias dimensões da situação socioeconômica da saúde, é considerado como um macrodeterminante importante da qualidade sanitária da população.

O interesse que nos move reside em uma análise da própria concepção de saúde construído no século XX, a partir de diferentes teorias forjadas na afirmação ou negação da articulação do direito à saúde com os princípios da igualdade e da universalidade, assim como a identificação e compreensão da estrutura, funcionamento e atuação dos organismos internacionais nas políticas públicas de saúde para o mundo e, em especial, para a Região das Américas, tendo

em conta a incompletude da efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde para a Região das Américas 2008-2017.

Parece de menor importância, mas a problemática da saúde transita, inicialmente, por sua própria definição. O conceito de direito à saúde está longe de suscitar consenso. Fala-se de direito à saúde, direito à assistência sanitária, direito à proteção da saúde, direito a gozar de um nível adequado de saúde ou direito ao máximo nível possível de saúde e o direito ao mínimo decente de assistência sanitária. Entende-se que essas formulações estritas, cada uma dessas denominações, tem alcance e significado diversos, o que por consequência modifica decisivamente a perspectiva de saúde a ser aplicada.

O direito, também impõe uma pluralidade de significações e, conforme expressa Ramos (2003, p. xviii):

A angústia de uma definição única, universal e concisa do direito, na abrangência de suas manifestações, assinala as essências que fazem do direito uma realidade diferente das demais, purificada do contexto social inerente à sua própria natureza. O conceito de direito não é unívoco e nem equívoco, é análogo, na medida em que vincula realidades conexas ou relacionadas entre si. O termo direito pode aplicar-se à norma, à ideia de autorização da norma, à qualidade do que seja justo, entre outros, designando tantos conceitos quantos se façam necessários à definição de certa realidade.

Além disso, os documentos jurídicos internacionais sobre direitos humanos possuem uma força ética sobre os Estados, na medida em que, segundo Piovesan (2011, p. 57):

Em face das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, a comunidade internacional passou a reconhecer que a proteção dos direitos humanos constitui questão de legítimo interesse internacional, os direitos humanos transcenderam e extrapolam o domínio reservado do Estado ou a competência nacional exclusiva. São criados parâmetros globais de ação estatal, que compõem um código comum de ação, aos quais os Estados devem se conformar, no que diz respeito à promoção e proteção dos direitos humanos.

O direito à saúde alcançou, nos textos e declarações jurídicas de âmbito internacional, a categoria de direito humano fundamental, encontrando-se expressamente previstos em diferentes instrumentos normativos internacionais, tais como na Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946), na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), no Pacto Internacional de Direito Econômicos, Sociais e Culturais (1966), na Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989), dentre outros.

Destaca-se que as formulações presentes nesses instrumentos são dotadas de alto grau de heterogeneidade, abarcando elementos de garantia de nível adequado de vida, de assistência médica e serviços básicos, bem como de auxílio doença. Percebe-se, diante disso, a complexidade da configuração conceitual do direito à saúde. Desta feita, a consideração do direito à saúde dos indivíduos e sua proteção aparecem fortemente vinculadas com aspectos relativos ao nível e às condições de vida da população.

A definição de saúde mais conhecida e citada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa definição foi aprovada em 1948 e até o presente momento não apresentou emendas ou modificações, o que demonstra a necessidade de configuração de uma perspectiva do direito à saúde como bem público global. Embora se reconheça que as críticas apresentadas à definição de saúde construída pela OMS sejam, em parte, justificadas, a definição da OMS tem o mérito de destacar aspectos como a proteção e a promoção da saúde, bem como abandona uma visão puramente medicamentizada de saúde. Nessa perspectiva, adotar-se-á a concepção de saúde da OMS tendo em vista que conseguiu integrar a ideia de proteção, promoção e recuperação da saúde, num contexto geral, reconhecendo seu duplo caráter: individual e social, numa configuração de saúde como bem público global.

Assim, a partir da análise desse conceito, entende-se que a saúde implica também na existência de condições para o desenvolvimento das pessoas, bem como se torna imprescindível à redução da violência, à eliminação da pobreza, à redução do desemprego, à conservação do meio ambiente, dentre outras questões socioeconômicas. Em outras palavras, significa atender a existência de uma correlação entre a saúde das pessoas e o desenvolvimento socioeconômico do Estado. Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 10) ressaltam que,

Outro importante ponto posto em evidência pelo Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde acentua a saúde como um bem jurídico de desenvolvimento. É o que se constata no seguinte trecho: a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para a mais ampla realização da saúde. Com efeito, a horizontalização dos benefícios da evolução tecnológica e do saber científico constitui pressuposto para a preservação do estado de saúde. É oportuno lembrar que em vários momentos históricos a erradicação de pandemias sobreveio em virtude de novas descobertas científicas. E aqui não exclusivamente os fármacos, mas a tecnologia em saúde como um todo. Não há como se pensar em um indivíduo inserido socialmente sem que possa compartilhar dos benefícios da evolução científica para a proteção ou recuperação de seu estado de saúde. Isso evidencia alguns dilemas, como, por exemplo, a contraposição das patentes (vistas, também, como

incentivo ao investimento em pesquisa) e o direito de universalização do acesso a novas formas de tratamento.

Essa concepção de saúde se opõe a qualquer fundamentação baseada exclusivamente na separação saúde/doença, por entender que o conceito de saúde não se reduz a ausência de doença. Além disso, destaca a necessidade de conduzir a efetivação do direito à saúde através de estratégias para sua proteção e promoção, ou seja, que não esteja reduzida meramente a perspectiva de recuperação da doença.

Deve-se reconhecer que o direito à saúde abarca uma ampla gama de fatores socioeconômicos, tendo por finalidade promover as condições que permitam que qualquer pessoa possa levar uma vida saudável e faz com que esse direito seja estendido em sua vinculação com os determinantes subjacentes da saúde, quais sejam: alimentação e nutrição, moradia, acesso à água limpa e potável e a condições sanitárias adequadas, condições de segurança e higiene de trabalho e um meio ambiente saudável, para citar alguns.

Por conseguinte, o conceito do direito à saúde não pode ser construído adequadamente destacando-se apenas os planos legais, políticos ou institucionais. Assim, faz-se necessário alguma referência ao que se pode denominar história da saúde e da doença, o que é diferente da história da medicina, em particular, a história que se desenvolve no século XX, como subsídio para compreensão de que o direito à saúde é bem, público e global.

A história da saúde e da doença possui forte dimensão cultural, na medida em que sua compreensão depende da percepção que se tem da construção social da saúde e da doença e como essa construção social opera na realidade concreta.

O conteúdo do direito à saúde, assim como o conteúdo de outros direitos sociais, depende da perspectiva que se adote. É diferente examinar o direito à saúde da perspectiva dos textos e documentos emanados dos organismos internacionais ou da perspectiva teórica dos juristas e filósofos políticos. A primeira perspectiva do direito à saúde, nos tratados internacionais, aparece mais clara e menos conflitante que a perspectiva teórica. Da mesma forma, questão bastante complexa é a efetivação do direito à saúde nos diferentes países, tanto no que diz respeito à implementação das políticas públicas quanto nas decisões oriundas dos tribunais nacionais.

Inicialmente, diante das teorias negadoras, ou seja, aquelas teorias que negam que se possa falar de um direito à saúde, deve-se apresentar dois argumentos que demonstram a fragilidade de tal concepção:

- a) que tem sentido conceitual falar-se de direito à saúde;
- b) que o direito à saúde é um direito justificado em âmbito metajurídico e ético.

Deve-se, então, assumir que o direito à saúde é um direito complexo, pois expressa uma série de elementos distintos, embora conectados entre si, ou seja, pode ser percebido como o direito que tem o indivíduo de não sofrer danos, em sua saúde, provocada por terceiros, sejam pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas; o direito a que o Estado promova uma série de medidas e políticas de proteção e promoção da saúde pública, meio ambiente e seguridade social e que sejam criadas condições para que a saúde das pessoas não sejam ameaçadas e, por fim, o direito de assistência sanitária.

Na perspectiva considerada, efetivamente, se o direito à saúde abarca todos estes elementos, não resta dúvida de que este direito deve ser concebido como universal em sua titularidade.

Num contexto de cortes de recursos crescentes no setor da atenção à saúde, de avanço notável de novas tecnologias e de uma suposta crise do Estado Social, a questão da justificação do direito à saúde chama atenção, principalmente, quando o debate aborda o seu alcance, os seus limites e as formas em que estaria justificado fornecer – ou ainda racionar – os recursos em saúde. Por isso, não é de se estranhar a crescente expansão e incremento da literatura mundial sobre as questões sanitárias.

Diante da complexidade do tema, o direito à saúde pode ser compreendido em sua vertente positiva ou negativa.

As teorias de negação do direito à saúde são desenvolvidas nesta tese a partir de uma proposta que se apresenta como libertária. A resposta radical dada à justificação do direito à saúde pelas teorias libertárias consiste em negar que o direito à saúde possa ser justificado. Posturas desse tipo apresentam pelo menos, duas perspectivas: a primeira entende que não é conveniente ou não é possível justificar a saúde em termos de direito e, a segunda entende que o direito à saúde não é um direito autônomo, mas parte de outros direitos, considerando que a saúde do indivíduo não seja prejudicada por um terceiro, posto que é apenas parte do

direito à vida ou do direito à integridade física e um direito a possibilidade de adquirir livremente assistência à saúde no mercado.

Para as teorias negadoras, nenhuma política de saúde pública ou imposição de seguro político poderia ser justificada, pois se o Estado patrocinar aos cidadãos o acesso a serviços de saúde estará violando o direito à liberdade e à propriedade, na medida em que implica numa redistribuição coativa dos bens privados, o que, por sua vez, implica numa imposição ao direito de liberdade/propriedade, sem qualquer justificativa.

Assim, se o âmbito da justiça vem definido pelos processos de apropriação das coisas e pela não violação dos direitos de liberdade e propriedade, o fato de uma pessoa adoecer é alheia à questão do direito de liberdade, logo não outorga ao Estado o dever nem a apropriação coativa de recursos pertencentes a outras pessoas para custear a saúde pública.

No entanto, torna-se fundamental a discussão da ideia de necessidades, relacionando-a, de forma inicial, com a questão da escassez de recursos e com elementos que incluem valorações morais diferentes. Para autores como Norman Daniels (1981, p. 149), a justiça em saúde significa proteger as oportunidades dos indivíduos, considerando que os recursos públicos são finitos, mas as demandas em saúde são infinitas.

Essa questão alocativa reforça a ideia de que o Estado deve determinar, por meio de políticas de saúde, as demandas caracterizadas como necessárias e legítimas. Desta feita, independente do tipo de sistema de saúde de determinado país, existe um fator presente em todos eles, mesmo que de maneira não declarada: o estabelecimento de prioridades em virtude de recursos escassos, estabelecidas de acordo com as oportunidades de gozo de uma vida produtiva pelas pessoas.

Segundo essa concepção, o debate se desloca para a inevitabilidade de haver alocação de recursos em saúde e o desafio é realizá-lo de maneira justa. Ao se avaliar se a definição de prioridades é arbitrária; se é feita sem considerar as necessidades reais dos pacientes; se é transparente para que as pessoas afetadas por elas saibam por que são feitas, os países se deparam com o problema da legitimidade, ou seja, com a questão da aceitabilidade dos limites impostos pela população. Tal legitimidade a fim de se garantir a alocação justa de saúde, apenas poderá ser alcançada, se a política estiver desenhada em consonância com quatro

elementos fundamentais: ser pública, relevante, regulada pelo Estado e passível de contestação.

Diante do problema da inclusão, torna-se fundamental trazer a baila a temática da titularidade do direito à saúde, em especial, o critério da universalidade; em outras palavras, se o direito à saúde é universal e deve ser garantido apenas aos cidadãos de um Estado ou se os residentes não-cidadãos devem também ser incluídos, ou se se trata de um direito que somente subsidiariamente deve ser reconhecido aqueles que mais necessitem por falta de recursos econômicos.

A par de todas essas questões, percebe-se que os documentos internacionais consagram um núcleo de valores comuns, compreendidos em conjunto, mas com diferentes formas de realização nas diversas culturas. Percebe-se, ainda, que os dilemas humanos compõem-se de uma moralidade mínima e que é na qualidade de membro de uma determinada comunidade que os indivíduos gozam de seus direitos. Desta feita, a distinção entre moralidade mínima e máxima concilia direitos universais com uma posição particularista. Esse dualismo passa a ser elemento interno marcante da moralidade, que advém da própria caracterização da sociedade humana (que é universal por ser humana e particular por ser sociedade) (HONÓRIO, 2011).

A universalidade dos direitos humanos, em relação à titularidade, é uma característica formal da definição de direitos humanos, mas é também uma exigência do princípio da universalidade moral, posto que não seria justificável que uma pessoa fosse titular de um direito humano e outra pertencente à mesma classe não fosse considerada também como titular.

Entende-se que os direitos sociais, como qualquer outro direito humano, são universais, inclusive em relação a seus titulares. Em certos casos, talvez na maior parte, a universalidade, em relação à titularidade, estenda-se, sem maiores restrições, a todos os seres humanos. Em outros, a universalidade em relação à titularidade alcance a um grupo específico, mas independente dessas considerações os direitos sociais são sempre universais em relação aos seus titulares, mesmo quando se adota o conceito mais comum de universalidade.

De outra parte, entende-se que os direitos humanos enquanto direitos fundamentais possuem uma dimensão subjetiva e uma dimensão objetiva. Nessa perspectiva, percebe-se que o elemento prestacional é parte da dimensão subjetiva do direito, mas a dimensão objetiva dos direitos fundamentais supõe uma obrigação



do Estado com determinados valores e com a promoção das condições necessárias para que esses direitos possam ser efetivados.

Um Estado no qual um grupo significativo de pessoas se encontre impossibilitado de realizar necessidades básicas demonstra a fragilidade dos direitos naquele espaço. Não interessa que o responsável possa ser identificado ou se a fragilidade configura-se como estrutural; o que ocorre é a demonstração da incapacidade do Estado em cumprir suas obrigações básicas, seja pela opção pelo modo de produção, seja pela existência de desigualdades socioeconômicas, seja pelo alto grau de exclusão social, em outras palavras, depende das prioridades eleitas pelo Estado.

Outra temática fundamental na discussão da saúde diz respeito à relação entre igualdade e políticas de saúde. Na definição de políticas de saúde pode ser necessário fazer-se uma separação entre duas orientações fundamentais, quais sejam: uma orientação para os recursos e uma orientação para os resultados. Em síntese, pode ser necessário definir a igualdade nas conquistas de saúde (ou suas correspondentes liberdades associadas) ou na distribuição dos recursos de saúde.

Para identificar as prioridades definidas pelos Estados Americanos na temática da saúde, torna-se imprescindível desenvolver uma compreensão sobre o sistema das Nações Unidas e sobre a definição das diretrizes de saúde para a política sanitária mundial.

Na presente tese considera-se sujeito de Direito Internacional Público apenas os Estados Soberanos e as Organizações Internacionais reconhecidas pela comunidade internacional. Toda Organização Internacional é constituída por meio de um Tratado Internacional, no interior do qual se estabelece sua constituição, sua missão, sua normatização interna e de funcionamento, bem como a disposição de sua atuação e financiamento. As Organizações Internacionais possuem vida própria diferente dos Estados-membros que a compõem, mas nascida de um acordo entre seus membros, sua configuração pode ser reinterpretada a partir de novas formulações e proposições que seus integrantes podem a qualquer tempo apresentar.

Os tratados internacionais, inclusive os que criam Organismos Internacionais, são o resultado de um processo politicamente constituído por diferentes governos e diferentes interesses, assim expressam, necessariamente, relações de poder e estratégias de luta por hegemonia. O grau de hegemonia de um

Estado sobre o outro, no interior do Organismo Internacional, configura-se na capacidade que tem um desses Estados de impor aos demais as diretrizes, as normas e as medidas que melhor representam ou satisfaçam os seus interesses particulares, mas esta imposição é camuflada na ideia de representar o interesse coletivamente internacional.

As organizações internacionais reproduzem, em parte, o jogo político que domina a ordem mundial, mas não podem ser entendidas apenas como órgãos de sustentação de certa ordem mundial ou mero reflexo dos interesses econômicos e políticos de determinados governos hegemônicos. Assim, para que se possa compreender a construção das diretrizes das políticas de saúde para o mundo e, notadamente, para a Região das Américas, torna-se fundamental conhecer a estrutura e o funcionamento da Organização das Nações Unidas (ONU) e de suas organizações especializadas, sejam aquelas que se caracterizam pela cooperação em âmbito social, assim como aquelas de âmbito econômico.

A Organização das Nações Unidas desponta como a principal organização internacional. Trabalha com questões que abordam desde o desenvolvimento sustentável, o meio ambiente, a proteção dos refugiados, socorro, no caso de desastre, a luta contra o terrorismo, o desarmamento, a promoção da democracia, os direitos humanos, a igualdade de gêneros, o desenvolvimento econômico e social, a remoção de minas terrestres, a expansão da produção de alimentos e, no caso presente, a saúde internacional. Nesse último caso, deve-se destacar, ainda, a atuação da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde, como principais referências para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, na temática da saúde.

Diante do exposto, uma pesquisa sobre as concepções de direito à saúde que articulem os princípios da igualdade e da universalidade (numa perspectiva que contemple a ideia de bem público global) no âmbito da definição das diretrizes políticas sanitárias para a Região das Américas pode trazer contribuições, no que se refere à problematização de um tema de abrangência internacional, que se insere na própria constituição da conjuntura normativa mundial.

Nessa seara ao aprofundar a discussão teórica sobre os organismos internacionais e suas determinações, coloca-se em destaque os acordos entre os Estados-Membros, que ainda se apresenta insipiente no âmbito jurídico acadêmico. Demonstra-se envolvimento evidente da atuação de diversos setores nacionais e

internacionais na arena dos direitos humanos, e notadamente, na questão dos direitos sociais.

Portanto, busca-se desenvolver um esforço pela compreensão de como as políticas de saúde para a Região das Américas foram forjadas no ambiente das organizações multilaterais, no seio de um modelo pluridimensional, com predomínio político dos países economicamente desenvolvidos, expondo a estrutura e o funcionamento desses sujeitos internacionais, bem como a indicação de seus objetivos.

Revela-se, desta feita, os subsídios empíricos e contextuais que justificaram a realização de uma pesquisa teórica e documental, com o objetivo de oferecer instrumentos para uma avaliação *ex post*, classificada como avaliação política da política (SILVA, 2008).

*Ex positis*, coloca-se, como **QUESTÃO CENTRAL: a formação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da agenda de saúde para a Região das Américas, a partir das diretrizes estabelecidas pelos principais Organismos Internacionais, consegue representar o processo teórico/normativo de construção de uma concepção de saúde como bem público global que alcance os princípios da igualdade e da universalidade?** Como questões derivadas tem-se: Quais os fundamentos para a formulação de uma concepção da saúde como bem público global? Em que medida as necessidades básicas e a igualdade de oportunidades podem ser consideradas fios condutores de uma análise do direito à saúde? Quais os limites e possibilidades do princípio da universalização para a inclusão social, por meio do direito à saúde? Em que medida uma agenda de saúde construída a partir de uma concepção de saúde como bem público global, forjada por organismos internacionais, pode determinar diretrizes capazes de superar as iniquidades em saúde, na Região das Américas? As questões propostas objetivam, portanto, pôr em discussão a questão da formação de uma concepção de saúde como bem público global, construída no espaço internacional, que articule os princípios da igualdade e da universalidade e que represente um avanço na superação das iniquidades em saúde na Região das Américas.

Entende-se que a percepção desse processo, na conformação da dinâmica das relações entre os sujeitos e interesses envolvidos na temática estudada, bem como as racionalidades que permeiam as diretrizes e a

regulamentação de regras e princípios internacionais de saúde, constituem tarefa essencial no esforço científico que reside na busca pela sistematização do fenômeno teórico-normativo, alvo que orientou a investigação, cujos resultados são sistematizados e apresentados na presente tese.

Desta forma, tomou-se como **OBJETO DE ESTUDO a compreensão da saúde como bem público global, dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da agenda de saúde para Região das Américas**, a partir da qual foi eleito como **CAMPO EMPÍRICO as Organizações Internacionais** e foi estabelecido como foco de interesse o período que antecedeu a construção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2000-2015 e da Agenda da Saúde para Região das Américas 2008-2017.

Assim, para contemplar tal objeto de estudo, concentrou-se o estudo na identificação dos sujeitos, na sistematização dos interesses presentes nos elementos normativos de formação dos organismos internacionais, bem como nas racionalidades determinantes para construção do conceito de saúde e do sistema das Nações Unidas para a questão da saúde. Por fim, estabeleceu-se quatro **DIMENSÕES** para a investigação desenvolvida, quais sejam:

- a) construção de um conceito de saúde como bem público global;
- b) relação do direito à saúde com o princípio da igualdade;
- c) demonstração da universalidade do direito à saúde;
- d) formação da política de saúde para a região das Américas.

Para suprir as necessidades metodológicas para determinação de balizas teóricas capazes de condessar às múltiplas determinações do fragmento da realidade que compõe o campo de investigação desta pesquisa, foram definidas quatro **CATEGORIAS: Direito à saúde; Igualdade; Universalidade; Bem Público Global** como eixos centrais da análise em questão, abordadas nos três primeiros capítulos deste texto.

Portanto, em virtude da complexidade do objeto de estudo que envolve a construção e (re) construção de um padrão de política para a Região das Américas, forjado por organismos internacionais, a **PROPOSTA METODOLÓGICA** direcionou-se para avaliação de políticas públicas como modalidade de pesquisa, adotando como principal procedimento o levantamento e análise bibliográfica e documental. Desta feita, a pesquisa se enquadra na seara da avaliação de políticas públicas, ao

fornecer subsídios para a discussão crítica acerca da formação e reconfiguração da saúde como bem público global e da agenda de saúde para a Região das Américas.

Uma avaliação política da política, como a desenvolvida no presente estudo, remete a um objeto que em hipótese alguma pode ser concebido como estático, tendo em vista que é na dinâmica de suas transformações que se torna possível vislumbrar o verdadeiro conteúdo da pesquisa social.

A avaliação política da política, em consonância com Silva (2008, p. 148) “[...] volta-se a emitir julgamento em relação à política ou programa em si.” Essa modalidade de avaliação permite ultrapassar uma análise formal dos componentes internos das políticas públicas, possibilitando avaliar a influência de condicionantes históricos e conjunturais na confecção de políticas públicas inseridas nas possibilidades e limites de seu tempo. Portanto, propor uma avaliação política da política implica “[...] atribuir valor aos resultados alcançados, ao aparato institucional em que o programa é implementado e aos atos ou mecanismos utilizados para modificação da realidade social sob intervenção [...]” (SILVA, 2008, p. 148-149). Por outro lado, a avaliação de processo:

É o modelo de avaliação de políticas e programas sociais que se volta sobretudo, a aferir a eficácia de um programa. Ou seja: em que medida o programa está sendo implementado conforme as diretrizes preestabelecidas e quais as relações entre o produto gerado e as metas previstas ou desejadas. (SILVA, 2008, p. 152).

Nesse aspecto, a própria estrutura da política torna-se alvo da pesquisa, de tal forma que, necessariamente, o traço inicial da política pública se diferencia de sua implementação, visto que seu conceito e sua ação articulam-se de diferentes formas no processo de modelação material da investigação.

Assim, torna-se possível explorar o conjunto de argumentos que fundamentam as escolhas eleitas, os elementos conjunturais que sustentam o arcabouço argumentativo e viabilizam a formação de uma dada política em detrimento de outra política possível. Deve-se ressaltar Arretche quando explica que:

Para superar uma concepção ingênua da avaliação de políticas públicas, que conduziria necessariamente o avaliador a concluir pelo fracasso do programa sob análise, é prudente, sábio e necessário, então, admitir que a implementação modifica as políticas públicas. (ARRETCHÉ, 2001, p. 46).

Assim, o sucesso ou o fracasso da política pública não deve, portanto, representar o escopo último do estudo, mas, principalmente, a busca pela compreensão da estrutura e dos determinantes que podem construir esse sucesso ou fracasso.

Como já referido, para o levantamento de informações, o principal procedimento de coleta de dados foi da pesquisa documental (LAKATOS, 2007). Na presente investigação foram analisados documentos oficiais e textos normativos expedidos por organismos nacionais e internacionais que tratam da temática da saúde. O conjunto de documentos e textos normativos coletados contemplou desde tratados, constituições, declarações, até pactos e convênios internacionais. Foram, assim, considerados válidos os documentos e textos normativos que permitiram o levantamento de informações no campo das dimensões indicadas na configuração do objeto pesquisado.

Por fim, procedeu-se à avaliação da concepção de saúde necessária para a construção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda da Saúde para a Região das Américas 2008-2017, objetivando compreender os determinantes que propiciaram sua constituição, bem como a verificação da possibilidade de superação das iniquidades em saúde no espaço selecionado. Portanto, a presente tese pretende discutir as diretrizes para as políticas de saúde para a Região das Américas, considerando em que medida possuem envergadura necessária à sua constituição, enquanto instrumento de superação das desigualdades sociais.

Tal oportunidade justificou o esforço científico, aqui materializado, no percurso metodológico necessário para pôr em questão o seguinte **PRESSUPOSTO: sem a efetiva realização de um processo de distribuição/redistribuição de renda e sem a superação do elevado grau de desigualdades sociais, a confecção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde para Região das Américas 2008-2017, como a confecção de qualquer outro instrumento normativo, diretivo ou regulador, não é capaz de superar as iniquidades em saúde na Região.** Procura-se, assim, verificar a articulação entre os princípios da igualdade e da universalidade, a partir de uma concepção de saúde como bem público global e a atuação dos organismos internacionais como sujeitos do processo de construção do perfil para as políticas de saúde no espaço estudado.

Para alcançar a presente pretensão, a presente tese é dividida em quatro capítulos, quais sejam: *Fundamentos para formulação de concepções do direito à saúde; Necessidades básicas e igualdade de oportunidade como fios condutores de uma análise do direito à saúde; Universalização versus discriminação: confronto com uma concepção de saúde; As políticas de saúde na Região das Américas a partir*

*dos organismos internacionais: limites e possibilidades dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde para Região das Américas 2008-2017.*

Oportuno ressaltar, que nesta tese entende-se como Região das Américas todo o espaço geopolítico onde está inserido o continente americano. Deve-se, no entanto, destacar que enfatizou-se na presente pesquisa a conjuntura política e social da América Latina.

No primeiro capítulo é analisado o conceito de direito à saúde, as instituições e políticas que tratam do direito à saúde, destacando os elementos normativos que abordam o direito à saúde. Objetiva-se entender o direito à saúde como um direito justificado, universal e complexo, não redutível ao direito à assistência sanitária. Aborda-se, ainda, os fundamentos do direito à saúde forjados pelas contemporâneas teorias de justiça, tanto as que negam a justificação do direito à saúde, quanto as que afirmam a justificação do direito à saúde. Desenvolve-se, por fim, o conceito de saúde como bem público global.

O segundo capítulo tem por objetivo explicar o direito à saúde em dupla perspectiva, na ideia de recursos mínimos e na ideia de saúde mínima, bem como abordar a questão das necessidades básicas e a configuração da igualdade de oportunidades como condição *sine qua non* para uma análise atual e concreta do direito à saúde.

No terceiro capítulo objetiva-se examinar o problema da justiça distributiva, destacando a questão da inclusão e o problema da escassez de recursos. Em outras palavras, objetiva-se identificar quem são as pessoas que devem ser incluídas como titulares do direito à saúde. Discute-se a ideia de mercantilização e a ideia de desmercantilização do direito a saúde, bem como, determinam-se as orientações e critérios para a tomada de decisões sobre a distribuição de recursos escassos para as políticas e ações de saúde.

Por fim, abordam-se os condicionantes sociais da saúde, analisando a questão da distribuição da saúde e da doença, com referência aos padrões relacionados com a desigualdade e com a injustiça social. Tenciona-se, ainda, demonstrar que a concretização do direito à saúde exige a redução das desigualdades, notadamente, quando tais desigualdades sejam evitáveis e não equitativas, ou sejam, de natureza econômica ou social.

No quarto e último capítulo, objetiva-se conceituar sujeitos internacionais de direito público, em especial, as organizações internacionais criadas no século XX. Objetiva-se compreender o processo político de constituição dos organismos internacionais como expressão de relações de poder e estratégias por hegemonia. Destaca-se que os organismos internacionais reproduzem o jogo político que domina a ordem mundial. Abordam-se as funções das principais agências internacionais que atuam na área da saúde, fundamentalmente na perspectiva do auxílio ao desenvolvimento, caracterizando os sujeitos, os interesses e as racionalidades que conduzem às políticas internacionais de saúde na atualidade, em especial, para Região das Américas.

Destaca-se a passagem das agências internacionais da condição de sustentáculo e financiadoras das políticas locais para a condição de formuladoras de políticas e disseminadoras de ideias para a construção de teorias e políticas para a redução da pobreza e, por consequência, para efetivação do direito à saúde. Aborda-se, ainda, a importância do consenso internacional sobre as políticas de saúde, a compreensão da ideia de cooperação internacional e os obstáculos para a efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde 2008-2017, nos estados latino-americanos.



## 2 FUNDAMENTOS PARA FORMULAÇÃO DE CONCEPÇÕES DO DIREITO À SAÚDE

Fala-se, geralmente, de *direito à saúde*, mas a própria denominação desse direito está longe de suscitar consenso. Assim, pode-se ressaltar, de acordo com Añón (2009, p. 37), no mínimo, seis possibilidades de apresentação desse direito, quais sejam:

[...] direito à saúde, direito à assistência sanitária, direito à proteção da saúde, direito a gozar de um nível adequado de saúde ou, paradoxalmente, as expressões aparentemente contraditórias: direito ao máximo nível possível de saúde e o direito ao mínimo decente de assistência sanitária.

Tomadas em suas formulações estritas, cada uma dessas denominações tem alcance e significado bastante diversos.

Examine-se, por exemplo, os textos e declarações jurídicas de âmbito internacional em que se reconhece o direito à saúde. As declarações internacionais de direitos humanos não só constituem normas válidas – Declaração de 1948, por exemplo, como permitiram que o direito à saúde fosse alçado à categoria de direito fundamental, assim como, ainda, para exemplificar, o artigo 6º da Constituição da República Brasileira de 1988.

Além disso, as declarações internacionais constituem verdadeiros *standards* de legitimidade do poder dos estados, pois são uma referência ineludível e uma diretriz inquestionável para a compreensão do conteúdo dos direitos humanos.

O artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 estabelece que:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (ONU, 1948, p. 36).

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 assevera em seu artigo 12 que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (ONU, 1966, p. 55-56).

Pode-se fazer referência à Convenção sobre os Direitos das Crianças (ONU, 1989, p. 180), que em seu artigo 24 reconhece que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
  - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
  - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
  - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.
  - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres;
  - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
  - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
3. Los Estados Partes adoptaran todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.
4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Além disso, deve-se observar a formulação prevista no preâmbulo da Constituição da OMS, de 1946, ao asseverar que todos os povos têm direito de “[...] el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.” (OMS, 1946, p. 1).

Chama à atenção a heterogeneidade das formulações, mas também os numerosos elementos que parecem estar reconhecidos nestas declarações. Assim, e isto é muito relevante, o texto da Declaração Universal de Direitos Humanos parece distinguir, ao menos três, elementos diferentes que devem ser levados em consideração quando se trata do direito à saúde, quais sejam:

- a) direito a um nível de vida adequado que assegure saúde e bem-estar;
- b) direito à assistência médica e serviços sociais básicos;
- c) direito ao auxílio doença (para suportar a doença na medida em que se pressupõe uma perda dos meios de subsistência – trabalho – por circunstâncias alheias à vontade do indivíduo).

Se se quiser dar relevância à formulação da Declaração Universal de Direitos Humanos na configuração desse direito, ter-se-á, ao menos, que constatar determinadas referências fundamentais.

Em primeiro lugar, o direito à saúde não é suscetível de uma consideração simplista, pois se apresenta como um direito complexo, por agrupar uma série de elementos de diversos âmbitos.

Uma das questões mais elementares – e, contraditoriamente, mais complexas – no Direito Sanitário é a formulação de um conceito jurídico de saúde. Isso porque, embora já existam diversos juízos sobre o tema, ainda não houve um que granjeasse, senão o consenso, ao menos a hegemonia na doutrina. Nesse ambiente de dilemas e dúvidas, podemos encontrar, no entanto, alguns lugares comuns, de onde partem, ou partiram, quase todos os esforços conceituais em relação ao assunto. O primeiro deles advém da aceção com que o termo é ordinariamente empregado: saúde como ausência manifesta de doença. Com efeito, a descoberta dos germes causadores de doenças e o seu subsequente isolamento, que possibilitou o desenvolvimento de remédios específicos, somada ao verdadeiro culto à ciência, predominante no século vinte, induziu a disseminação do conceito de saúde como ausência de doenças. As drogas aperfeiçoadas, adequadamente empregadas, resultavam na cura de várias doenças, salvando muitas vidas. Parece evidente, entretanto, que a ausência de doença, embora expresse um fator importante do estado de saúde, não o esgota, pois diversos outros aspectos devem ser considerados, como, por exemplo, o bem-estar psíquico do indivíduo. A insuficiência do conceito, contudo, não lhe subtrai importância, pois, se de um lado, padece da falta de amplitude, de outro, apresenta a virtude da precisão, o que serve, ao menos, para exprimir um núcleo claro e preciso dentro de um conteúdo mais abrangente. Em outras palavras, como sempre haverá algum espaço de indeterminação, estremar-se conteúdos de clareza e determinação constitui instrumento hermenêutico dos mais relevantes (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 7).

Assim, a consideração do direito à saúde dos indivíduos e sua proteção aparece fortemente vinculada com aspectos relativos ao nível e as condições de

vida da população. Além disso, os serviços médicos de saúde aparecem apenas como um dos elementos integrantes do direito à saúde, mas não o único.

Por fim, o auxílio doença figura como um elemento autônomo, desvinculado da assistência médica configurando-se como um seguro destinado a suportar as situações de infortúnio do trabalhador, ou seja, o auxílio doença deve assegurar a subsistência do trabalhador e sua família, nos períodos em que o trabalhador esteja impedido de desenvolver regularmente sua atividade laboral.

Essa perspectiva desvincula o direito à assistência à saúde do seguro obrigatório para todos os trabalhadores e parece fortalecer a ideia de que o direito aos serviços de saúde não estariam necessariamente vinculados com a situação de trabalhador ativo, embora historicamente esta tenha sido sua origem. A temática dos serviços de saúde tem ganhado uma tendência de universalidade e, dessa forma, de fornecimento incondicionado.

Apesar de todo o conjunto de argumentações acima expostas, a configuração do direito à saúde, ainda, está distante de uma unanimidade.

## **2.1 Direito de proteção à saúde, direito de assistência à saúde e direito à saúde**

Para os críticos da expressão *direito à saúde*, esta terminologia é uma forma abreviada e pouco precisa de se referir ao *direito de proteção à saúde*, já que a expressão *direito à saúde*, entendido estritamente, não teria sentido, vindo a significar, no mínimo, um *direito a não estar doente*, o que está fora das possibilidades jurídicas, ou seja, o direito não pode garantir um resultado que está fora do alcance humano, apenas pode garantir a utilização de certos instrumentos para a proteção e recuperação da saúde.

Na realidade, seria um *direito à proteção* no sentido em que é um direito a que se estabelece por parte do Estado – uma série de medidas que permitem que a saúde dos cidadãos seja promovida ou reparada.

Embora seja impossível garantir os resultados, não parece que esse argumento seja concludente quanto ao uso da expressão *direito à saúde*, Conforme observa, com certa ironia, Toebe (2001), tampouco o *direito à vida* pretende poder garantir a vida eterna. Pode-se dizer coisas similares de muitos outros direitos, como o direito à segurança, o direito à educação ou outros direitos sociais, e não há

contestação quanto à utilização dessas expressões, em relação a esses últimos direitos.

A denominação *direito à saúde* é seguramente a mais utilizada no âmbito das Nações Unidas. Assim, utilizar-se-á a expressão *direito à saúde* em geral, já que esta parece ser a mais coerente com os textos internacionais.

Em Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 8) observa-se que:

Um segundo lugar comum originou-se da Constituição da Organização Mundial de Saúde, em 7 de abril de 1948, cujo preâmbulo se prestou não só a exprimir importante conceito de saúde, como também a alinhar diversos princípios que concorreram para a construção e ainda hoje contribuem para a compreensão dos direitos e deveres, públicos e privados, nesta matéria. O citado documento conceitua saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Ele representa, portanto, uma considerável evolução relativamente ao anteriormente apontado, pois, além de pensar saúde como ausência de doença, concebe-a como o estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Desse modo, os principais documentos internacionais vinculam a expressão *direito à saúde* não apenas a assistência à saúde, mas também a todas as condições necessárias para a saúde, como o acesso a água potável, o meio ambiental, o meio ambiente do trabalhador, dentre outras (TOEBES, 2001).

Em todo caso, se se quiser atender às exigências apresentadas anteriormente sobre a necessidade de especificar a expressão para assinalar que o direito não pode garantir um resultado, pode-se afirmar que a expressão *direito à proteção à saúde* é a opção mais adequada, embora tenha o grave inconveniente de sugerir uma certa identidade reducionista com o direito à assistência à saúde.

Daí ressalte-se, como fez Dallari e Nunes Junior (2010) sobre a importância do Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, pois nele são enaltecidos outros importantes aspectos da saúde, como a ideia de saúde sendo um bem coletivo; isto foi enfatizado em, pelo menos, três passagens:

- a) a saúde de todos os povos é fundamental para se alcançar a paz e a segurança e depende da mais ampla cooperação de indivíduos e Estados;
- b) os resultados alcançados por qualquer Estado na promoção e proteção da saúde são valiosos para todos;
- c) a desigualdade dos diferentes países na promoção e no controle das doenças, especialmente as transmissíveis, constitui um perigo comum. Os excertos acima transcritos ressaltam a saúde como fenômeno polifacético, destacando que a preservação do bem-estar de cada um depende da ampla cooperação de Estados e indivíduos. Deve-se ter em conta, nesse sentido, que boa parte das doenças é transmissível, existindo incontáveis exemplos de pandemias originárias de um determinado país que acabaram ganhando contornos planetários. Além disso, o bem-estar do indivíduo supõe aspectos sanitários, ambientais e

comunitários que só podem ser concebidos a partir de uma perspectiva coletiva, donde resulta que uma concepção jurídica de saúde há de envolver não só direitos, mas também deveres, e não só por parte dos Estados, mas também das pessoas e da sociedade. (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 9).

Com efeito, tomando-se relevante a formulação e as implicações da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 parece que se tem um primeiro elemento de análise. Se o direito de que se está falando se trata de um direito complexo (COBREROS MENDEZONA, 1988), parece melhor referir-se a um *direito à proteção da saúde* ou de um *direito à saúde* e não de um *direito de assistência à saúde*, que é apenas mais um dos elementos que estão incluídos no direito de proteção à saúde.

Assim, por exemplo, Gavín (1989), referindo-se ao caso da configuração do *direito à proteção da saúde*, afirma que este se projeta em três direções que constituem outros tantos aspectos do direito, quais sejam:

- a) direito à proteção da saúde como direito de todo cidadão as prestações de saúde do Estado;
- b) direito à proteção da saúde como direito subjetivo em relação à atividade dos poderes públicos para proteger a salubridade pública; e
- c) direito de proteção à saúde como direito de cada pessoa a que sua própria saúde não seja ameaçada nem lesionada por ações externas, realizadas por qualquer sujeito público ou privado.

Apesar de todas essas considerações, alguns autores teimam em optar pela expressão *direito de assistência à saúde*. Não resta dúvida de que esse é um elemento essencial do direito à saúde, mas não é o único e nem o mais importante. Além disso, pode-se analisar que o debate sobre a temática da saúde tem, infelizmente, concentrado-se nessa dimensão, principalmente devido às grandes dificuldades teóricas que o *direito à saúde* apresenta, tanto do ponto de vista de sua justificação, quanto na sua configuração jurídica e na sua garantia. Essa questão é fortalecida, tendo em vista que o direito à saúde se configura como um direito social de prestação que exige uma atividade positiva do Estado.

Na esteira de Dallari e Nunes Junior (2010, p. 10):

Os direitos fundamentais de segunda geração podem ser traduzidos como aqueles que, na órbita de proteção do ser humano, irradiam a noção de igualdade. Sua feição deixa raízes no objetivo de conceder alforrias sociais ao ser humano, preservando-o das vicissitudes do modelo econômico e da segregação social. Devido a isso, aponta-se que, nesta seara, a expectativa

que se tem da conduta estatal obedece a parâmetros distintos. Ao invés de abstenção, espera-se prestação.

Dar prioridade ao aspecto de assistência à saúde tenderia a justificar o *direito à saúde* num aspecto teórico extremamente problemático; daria destaque apenas à perspectiva econômica e deixaria todos os outros aspectos muito empobrecidos. Aqueles que preferem falar de *direito à assistência médica* afirmam que esta é a parte mais importante do direito à saúde.

González (1999) utiliza a expressão *direito à atenção à saúde*, entendendo por esta o oferecimento de *serviços destinados a prevenir, promover ou recuperar a saúde*. Para esse autor, tal caracterização do direito teria duas vantagens, quais sejam:

- a) em primeiro lugar, referir o direito à saúde como *direito à atenção à saúde* evitaria ter que conceituar *saúde*, tarefa que pode se tornar prejudicial para efetiva realização do direito, dadas as dificuldades e intermináveis discussões a que daria lugar obter uma definição prévia de saúde;
- b) a segunda vantagem teria a ver com o paradoxo de se falar *direito à atenção à saúde* e *direito à saúde*. Em tal caso, se a saúde de uma pessoa se deteriora sem qualquer intervenção, nem de forma direta nem de forma indireta, resultaria difícil saber se e em que sentido se haveria violado esse direito.

Não obstante os efeitos da fundamentação do direito, essa tem sido uma questão objeto de debate. Assim, a partir de determinadas concepções e teorias da justiça, quando se compreende a saúde ou a doença como uma mera circunstância uma espécie de loteria natural independente de considerações sobre a estrutura social ou institucional, a ausência de saúde não poderia ser considerada como uma situação de injustiça e não seria problema da sociedade, pois a coletividade não poderia ser responsabilizada pela doença das pessoas.

No que se refere à primeira questão, não ter que contar com uma definição prévia de saúde talvez seja efetivamente uma vantagem porque as definições de saúde são incompletas, sofrem certa indefinição ou são tão amplas que parecem ser pouco operativas.

## 2.2 Direito à saúde no âmbito internacional dos direitos humanos

A definição de saúde mais conhecida e citada é a da OMS. Essa definição foi aprovada em 1948 e significativamente – como a própria OMS normalmente adverte – não tem sido emendada desde então. Como já mencionado, a OMS define saúde “[...] como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença.” (OMS, 1946, p. 2).

Efetivamente, as críticas apresentadas à definição de saúde da OMS são muito duras e, em parte, justificadas. Assim, por exemplo, para Gracia (1988), se se tomasse essa definição ao pé da letra, seria preciso *medicalizar* os orçamentos públicos dos Estados e dedicá-los exclusivamente à assistência à saúde.

Cortina (1998), por sua vez, comunga dessa crítica, considerando, além disso, que a proposta da OMS, não somente seria pouco realista, mas também suscetível de criar enormes frustrações na medida em que nenhuma sociedade poderia conseguir que todos os seus membros gozassem desse perfeito bem-estar físico, mental e social. Em outro sentido, algo diferente, mas também crítico, Berlinguer (2002, p. 175) tem observado que a saúde não é um estado nem é perfeição, mas sim, “[...] es una situación de equilibrio cambiante que ahora podemos desplazar notablemente hacia lo mejor, a diferencia de lo que ocurría en el pasado.”

No entanto, não se acredita que ter que estabelecer um conceito de saúde seja uma desvantagem ou algo impossível. Cortina (1998), mesmo rejeitando a definição da OMS, argumenta que é possível caracterizar de forma aceitável o conceito de saúde, assim como para a qualidade de vida, existem certas variáveis objetivas. E nesse sentido, Añón propõe um conceito de saúde que expressa a saúde como:

[...] la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y, consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar e su contexto social y laboral habitual. (AÑÓN, 2009, p. 36).

Apesar de todos os inconvenientes, para Añón (2009) o conceito de saúde da OMS tem algumas vantagens e enfatiza determinados aspectos que não devem ser olvidados. Frente às concepções anteriores de saúde, apresenta a vantagem de abandonar a visão puramente *medicamentalizada*.



Nesse mesmo sentido, Dallari e Nunes Junior (2010, p. 10) afirmam que:

A contribuição conceitual trazida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde é inegável, servindo de referência à operacionalização de diversas leis em matéria sanitária. Primeiro, porque, ao associar-se o conceito de saúde ao bem-estar social e psíquico, exprime a idéia do ser humano em relação com o seu meio. Segundo, porque enaltece a saúde como um bem jurídico não só individual, mas também coletivo e, nessa medida, de desenvolvimento, acenando para a necessidade da preservação presente e futura, tanto do indivíduo – tomado isoladamente – como da humanidade. Assim sendo, muito embora existam objeções teóricas a apontar eventuais inconsistências das asserções constantes da Constituição Mundial de Saúde – como, por exemplo, a de que o portador de uma grave deficiência mental não teria como desfrutar de bem-estar psíquico e mesmo físico e social - é certo que os dois pontos de partida apontados cumprem, ainda hoje, relevante função hermenêutica.

Destaque-se que a proteção e a promoção da saúde não podem ser reduzidas a uma questão exclusivamente médica, assim como não podem ser limitadas à assistência à saúde, pois exigem do Estado outros esforços e políticas públicas que contribuam para real efetivação do direito à saúde. Assim, a concepção de saúde da OMS integra a ideia de proteção da saúde num contexto geral, reconhecendo seu duplo caráter: individual e social (ou seja, embora em última instância a saúde se refira à saúde dos indivíduos, existem fatores sociais que incidem na concretização da saúde)<sup>4</sup>.

A partir da análise desse conceito, entende-se que a saúde implica também a existência de condições para o desenvolvimento das pessoas, bem como se torna imprescindível à redução da violência, à eliminação da pobreza, à redução do desemprego, à conservação do meio ambiente, dentre outras questões socioeconômicas.

Em outras palavras, significa atender a existência de uma correlação entre a saúde das pessoas e o desenvolvimento socioeconômico do Estado<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>El Informe sobre La salud mundial de La OMS identifica diez factores de riesgo mundial y regional para la salud y para cuya reducción se conocen los medios. Estos diez factores, Dan lugar a más de la tercera parte de toda la mortalidad mundial (la insuficiencia ponderal – bajo peso -; las prácticas sexuales de riesgo; la hipertensión arterial; El tabaquismo; El alcoholismo; El agua insalubre, y El saneamiento y la higiene deficientes; la carencia de hierro; El humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; la hipercolesterolemia; y la obesidad. Juntos, estos factores dan lugar a más de la tercera parte de toda mortalidad mundial): “Está claro, pues, que en un extremo de la escala de los factores de riesgo se encuentra la pobreza, y la insuficiencia ponderal ES aún la causa principal de la carga de morbilidad que soportan cientos de millones de personas entre las más pobres Del planeta, y una causa importante de mortalidad, especialmente entre los niños pequeños.” (OMS. Informe sobre la salud mundial 2000. **Reducir los riesgos y promover una vida sana**. Ginebra: OMS, 2002. p. 9).

<sup>5</sup>Según la Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI, adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en julio de 1997: “Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, El

Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 10) ressaltam ainda que:

Outro importante ponto posto em evidencia pelo preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde acentua a saúde como um bem jurídico de desenvolvimento. É o que se constata no seguinte trecho: a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para a mais ampla realização da saúde. Com efeito, a horizontalização dos benefícios da evolução tecnológica e do saber científico constitui pressuposto para a preservação do estado de saúde. É oportuno lembrar que em vários momentos históricos a erradicação de pandemias sobreveio em virtude de novas descobertas científicas. E aqui não exclusivamente os fármacos, mas a tecnologia em saúde como um todo. Não há como se pensar em um indivíduo inserido socialmente sem que possa compartilhar dos benefícios da evolução científica por a proteção ou recuperação de seu estado de saúde. Isso evidencia alguns dilemas, como, por exemplo, a contraposição das patentes (vistas, também, como incentivo ao investimento em pesquisa) e o direito de universalização do acesso a novas formas de tratamento.

Essa concepção de saúde se opõe a qualquer fundamentação baseada exclusivamente na separação saúde/doença, por entender que o conceito de saúde não se reduz à ausência de doença. Além disso, destaca a necessidade de conduzir a efetivação do direito à saúde através de estratégias para sua promoção, ou seja, que não estejam reduzidas meramente à perspectiva de recuperação da saúde.

Segundo Añón (2009), pode-se rejeitar ou aceitar a conceituação de saúde proposta pelo preâmbulo da Organização Mundial de Saúde. O que não parece recomendável é deixar de reconhecer as considerações que fundamentam essa definição, tanto no que se refere às evidências sobre a melhor forma de promover a saúde, como os valores que a inspiram e que podem servir para interpretar o sentido do direito à saúde, presente na Carta Internacional de Direitos Humanos.

Isso ocorre porque essa nova concepção do que representa a saúde parece ter um reflexo no que será o conceito de *direito à saúde*, na medida em que a responsabilidade do Estado, na proteção e promoção da saúde, exige o estabelecimento de um sistema de assistência à saúde em condições de igualdade para todos; mas não se esgotaria nisso, a ideia de saúde faz parte do conteúdo de outros direitos econômicos, sociais e culturais que se positivaram ao mesmo tempo que o direito à saúde (AÑÓN, 2009).

Assim, na perspectiva do que foi dito até aqui, uma proposta como a de Navarro (1998), de considerar o direito à atenção à saúde como um componente

---

ingreso, El empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, El uso sostenible de recursos, la justicia social, El respeto de los derechos humanos y la equidad. Sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza para la salud.” (OMS, 1997, p. 6)

importante, porém insuficiente do direito à saúde, parece mais frutífera que se limitar o conceito de saúde apenas ao aspecto de atenção sanitária, tal como propôs González (1999). Verifica-se que os fatores socioeconômicos influenciam decisivamente na efetividade do direito à saúde.

Nessa perspectiva, pode-se asseverar que o caminho mais apropriado para garantir a efetividade do direito à saúde é vinculá-lo ao princípio da igualdade.

Então, nessa linha de raciocínio, falar-se de igualdade de direito de acesso à assistência à saúde não garante resultado isonômico para a garantia do direito à saúde a todas as pessoas, pois como já foi destacado, em especial, ao aspecto de recuperação da saúde, subsiste como condição intrínseca a questão socioeconômica, qual seja a posição social ocupada pelo usuário (CURREA-LUGO, 2005).

Em suma, a garantia do acesso igualitário ao *direito de assistência a saúde* não garante uma igualdade de acesso ao *direito à saúde* (nem mesmo na sua compreensão de *direito de proteção à saúde*). Neste sentido, a ausência de um conceito minimamente objetivo de saúde acaba obscurecendo as causas da desigualdade no acesso, notadamente, às questões socioeconômicas.

Percebe-se que o direito à saúde ocupa um lugar de destaque no âmbito internacional quando se trata de questões relacionadas aos direitos humanos.

Currea-Lugo (2005) observa que o direito à saúde aparece como parte integrante de outros direitos (direito do trabalho e o direito da seguridade social), ou como limite ao exercício de determinados direitos (direito de locomoção, manifestação religiosa, associação, dentre outros) e, ainda, como direito à saúde propriamente dito.

O reconhecimento do direito à saúde está positivado, também, no artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, com a seguinte redação: “[...] derecho de toda persona el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (ONU, 1966, p. 55).

Para melhor compreensão do referido artigo, é fundamental que se faça a análise da Observação Geral (OG) nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, do ano de 2000<sup>6</sup>.

O ponto de vista que, de acordo com este documento normativo, adota-se no âmbito do direito internacional dos direitos humanos relativo ao direito à saúde, mas que parece não despertar relevância, tanto no ambiente acadêmico quanto das discussões políticas, é a percepção de que o direito à saúde possui estreita vinculação com outros direitos humanos, em especial, com o direito à alimentação, à moradia, ao trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, a não discriminação, à igualdade, à não submissão à tortura, à privacidade, à informação, à liberdade de associação, de reunião e locomoção, considerando-se esta lista não taxativa.

Além disso, deve-se reconhecer que o direito à saúde abarca uma ampla gama de fatores socioeconômicos que têm por finalidade promover as condições que permitam que qualquer pessoa possa levar uma vida saudável, e faz com que esse direito seja estendido em sua vinculação com os determinantes subjacentes da saúde, quais sejam: a alimentação e nutrição, a moradia, o acesso à água limpa e potável e as condições sanitárias adequadas, condições segurança e higiene de trabalho e um meio ambiente saudável.

Na análise do conteúdo normativo do artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais parte-se, em linhas gerais, de uma rejeição implícita da crítica de uma pretensa contradição conceitual do direito.

Assim, presume-se que o direito à saúde não pode ser entendido como o direito de ser saudável, mas sim como um conjunto de liberdades e direitos à saúde.

Entre as liberdades incluem-se o direito de decidir sobre os tratamentos de sua saúde e sobre o próprio corpo (abrangendo a liberdade sexual e reprodutiva) e o direito de não ser submetido a tratamento desumano ou tortura, nem a experiências sem o consentimento do indivíduo.

Entre os direitos, deve-se observar a existência de um sistema de proteção da saúde que “[...] possibilite as pessoas iguais oportunidades para gozar do mais alto nível possível de saúde.” (AÑÓN, 2009, p. 55).

---

<sup>6</sup> ONU. Comissão de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. O direito ao gozo do mais alto nível possível de saúde. E/C. 12200/4. **Observação Geral**, n. 14, 2000; É também relevante a Resolução da Comissão de Direitos Humanos 2003/28 sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto nível de saúde possível.

No que se refere ao *mais alto nível possível de saúde*, deve-se ressaltar que essa concepção leva em conta tanto as condições biológicas e socioeconômicas essenciais da pessoa, quanto as possibilidades dos recursos estatais, tendo em vista que um Estado não pode garantir boa saúde nem pode evitar todas as causas possíveis de doenças que acometem o ser humano.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, assinala que o direito à saúde, em todas as suas formas e níveis, compreende certos elementos essenciais e interrelacionados. O parágrafo 12 do citado instrumento normativo indica a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade (ONU, 2000):

- a) *disponibilidade*: cada Estado-Parte deve contar com um número suficiente de estabelecimentos, bens e serviços públicos de saúde e centros de atenção à saúde, assim como a existência de planos e programas de saúde. Sua natureza dependerá de fatores vinculados ao grau de desenvolvimento do Estado, tais como: água potável, condições sanitárias adequadas, hospitais e centros de atenção com recursos humanos qualificados e bem remunerados, e também, o acesso a medicamentos essenciais;
- b) *acessibilidade*: os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos, sem discriminação alguma, dentro da jurisdição do Estado. A acessibilidade compreende quatro dimensões distintas: não discriminação; acessibilidade física, de forma que os estabelecimentos, bens e serviços estejam ao alcance geográfico de todos os setores da população, particularmente no caso dos grupos vulneráveis e marginalizados; acessibilidade econômica, o que implica que os serviços de saúde estejam economicamente ao alcance de todos<sup>7</sup>; acesso à informação, o que compreende o direito de solicitar,

---

<sup>7</sup>O implica que os serviços de saúde estejam economicamente ao alcance de todos, para o qual se deve levar em conta as seguintes palavras do Comitê: “Los pagos por servicios de atención de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.” (CARBONELL, Miguel. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, jul./dez., 2008, p. 78).

receber e difundir informação e ideias acerca das questões relacionadas à saúde;

- c) a aceitabilidade supõe que todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem observar a ética médica e estar adequados à cultura local, devendo ainda, respeitar as minorias, os pobres e as comunidades, sensíveis aos requisitos de gênero e a faixa etária das pessoas, assim como respeitar a confidencialidade e intimidade das pessoas que se tratam;
- d) a qualidade, de forma que, além de ser culturalmente aceitável, os serviços médicos sejam apropriados do ponto de vista científico, para o qual se requer médicos capacitados, medicamentos e equipamentos cientificamente aprovados e em bom estado, água limpa e potável e condições sanitárias adequadas.

Depois de observar as *condições mínimas* que devem ser consideradas como consequência do direito à saúde, o Comitê se dedica a aportar elementos específicos sobre alguns tipos de doenças ou sobre certos grupos humanos que requerem atenção especial, relacionando cada caso com a correspondente disposição do artigo 12 do Pacto Internacional de Direito Econômicos, Sociais e Culturais (CARBONELL, 2008).

Assim, por exemplo, o Comitê se refere à saúde materna, infantil e reprodutiva nos seguintes termos:

[...] es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. (CARBONELL, 2008, p. 78).

Em relação à higiene do trabalho e do meio ambiente o Comitê afirma que é necessária:

[...] la adopción de las medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral. (CARBONELL, 2008, p. 78).

Na garantia do direito à saúde destaca-se o item de prevenção das doenças. Para alcançar eficazmente essa prevenção, o Comitê considera que se deve estabelecer programas educativos e orientados, sobretudo, para atuar no comportamento humano, como no caso de doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a HIV/AIDS e as que afetam de forma adversa a saúde sexual e reprodutiva. Os programas devem promover os fatores determinantes para a saúde, tais como a preservação ambiental, a educação, o desenvolvimento econômico e a igualdade de gênero (CARBONELL, 2008).

Como em quase todas as suas observações gerais, a Observação Geral nº 14 do Comitê assinala a obrigação dos Estados-Parte respeitar o mandamento de não discriminação, assim

[...] es preciso hacer hincapié em la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial en lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población. (CARBONELL, 2008, p. 79).

Observa-se que a discriminação de gênero existe também no âmbito da saúde, em razão disso o Comitê considera oportuno fazer uma menção especial ao tema, sugerindo aos Estados-Parte que apliquem uma perspectiva de gênero ao assegurar o direito da saúde, de forma que:

El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud. (CARBONELL, 2008, p. 80).

Elemento que pode ser caracterizado como consequência do parágrafo anterior é assim especificado: “Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, em particular la

reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar.” (CARBONELL, 2008, p. 80).

Verifica-se que as crianças, os adolescentes, os idosos, as pessoas com deficiência e os indígenas também merecem comentários particulares do Comitê. Com base na OG 3, o Comitê desenvolve na OG 14 um estudo para delimitar as obrigações dos Estados-Parte em relação ao direito a saúde. Essa perspectiva oferece respostas concretas e, em certa medida, práticas sobre a seguinte pergunta: *O que deve fazer os Estados para cumprir com as disposições do Pacto em matéria de direito à saúde?*

Carbonell (2008, p. 81) considera que:

El comité se refiere a las obligaciones generales y a las obligaciones específicas. En el caso de las primeras menciona, entre otras, la prohibición de regresividad en el derecho a la salud. Aunque el Comité no ofrece ejemplos concretos, no cuesta imaginar en qué casos estaríamos frente a una medida regresiva; una medida de este tipo podría darse si el Estado decide dejar de suministrar gratuitamente un medicamento a personas que no tienen la capacidad económica para adquirirlo, o si cierra un hospital, o si reduce el número de médicos o de camas en un determinado centro sanitario. En estos casos, el Comité señala, como ya lo había hecho en la OG 3, que la medida solamente será aceptable si el Estado puede acreditar que estudió y desechó la aplicación de todas las medidas alternativas que fueran aplicables y que la medida tomada está justificada en referencia a la totalidad de las disposiciones del Pacto, y particularmente en relación a la obligación de utilizar plenamente el máximo de los recursos disponibles. Si el Estado no la justifica de esta forma, estaría violando el Pacto.

Verifica-se que Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais inclui uma série de direitos que estão estreitamente vinculados às condições necessárias para o mais amplo gozo possível do direito à saúde. No entanto, a lista prevista neste documento normativo não deve ser analisada, segundo frisado anteriormente, como um catálogo exaustivo. Precisa ser visto como um rol de orientação, devendo-se destacar entre esses direitos os seguintes:

- a) direito a saúde materna, infantil e reprodutiva;
- b) direito a higiene no trabalho e do meio ambiente;
- c) direito a prevenção e tratamento de doenças; e
- d) direito de acesso aos estabelecimentos, bens e serviços de saúde.

As obrigações dos Estados-Membros são definidas em termos da necessidade de implementação progressiva das diretrizes estabelecidas no referido pacto. Algumas dessas diretrizes contêm obrigações progressivas, mas de aplicação imediata, tais como, a de não discriminação.



Ressalte-se que os estados democráticos devem reger-se pelo princípio da proibição do retrocesso, ou seja, após reconhecimento de certos direitos, está garantida a presunção de que não são permitidas medidas regressivas.

Geralmente se observa que o respeito aos direitos humanos deve levar em consideração três deveres fundamentais, relacionados com o dever de respeitar, o dever de proteger e o dever de cumprir determinados direitos e garantias. Esses deveres incluem uma série de medidas concretas que devem ser adotadas pelos Estados, que para Añón (2009), podem ser expressas pelos verbos respeitar, proteger e cumprir:

- a) respeitar: abster-se de impedir ou limitar o acesso igualitário de todas as pessoas aos serviços de saúde preventivos, curativos e recuperativos, especialmente, não limitar o acesso aos condenados, aos detidos, aos representantes de minorias, aos asilados políticos e imigrantes; abster-se de impor práticas discriminatórias; criar políticas de saúde próprias para as necessidades das mulheres; não proibir e/ou impedir cuidados preventivos, práticas curativas e medicinas tradicionais; não comercialização de medicamentos perigosos; não aplicar tratamentos médicos coercitivos, salvo casos excepcionais em tratamento ou prevenção de doenças mentais ou doenças transmissíveis; não limitar o acesso aos contraceptivos e outros meios de manter a saúde sexual e reprodutiva; não censurar, esconder ou desvirtuar intencionalmente a informação relativa à saúde, incluindo a educação sexual e a informação a respeito; não impedir a participação do povo em assuntos relacionados com a saúde, não poluir ilegalmente atmosférica, a água e a terra, por exemplo, mediante dejetos industriais de instalações do próprio estado; não utilizar ou pesquisar armas nucleares, biológicas ou químicas; não limitar o acesso aos serviços de saúde como medida punitiva, incluindo-se o

caso dos conflitos armados<sup>8</sup>;

- b) proteger: obrigação de adotar leis e outras medidas para garantir o acesso igualitário à atenção e aos serviços de saúde prestados por terceiros; garantir que a privatização do setor de saúde não represente uma ameaça para a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde; Assegurar que os profissionais de saúde reúnam os requisitos de qualificação formal, experiência e ética; impedir que as práticas sociais e tradicionais nocivas não afetem o acesso à atenção anterior ou posterior ao parto, nem ao planejamento familiar; impedir que terceiros induzam as mulheres a submeterem-se a práticas tradicionais de violência física ou mental, tais como: mutilação de órgãos sexuais; adotar medidas para proteger todos os grupos, especialmente os mais vulneráveis ou marginalizados da sociedade, notadamente, mulheres, crianças, adolescentes e idosos; evitar que terceiros limitem o acesso à informação e aos serviços relacionados com a saúde<sup>9</sup>;
- c) cumprir (facilitar, proporcionar e promover): reconhecimento do direito à saúde nos sistemas políticos e ordenamentos jurídicos nacionais; adoção de políticas nacionais de saúde, com planos detalhados para o

---

<sup>8</sup>Abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. los Estados deberán abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual u genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud (CARBONELL, Miguel. El derecho a la salud em el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 81, jul./dez. 2008).

<sup>9</sup>Adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud (CARBONELL, Miguel. El derecho a la salud em el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 81-2, jul./dez. 2008).

exercício do direito; garantir a atenção à saúde, em particular, mediante programas de vacinação, acesso igualitário a todas as condições básicas e determinantes de saúde (alimentação, água potável, saneamento básico, moradia e condições adequadas de vida); serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva; formação apropriada de recursos humanos em saúde, número suficiente de centros de saúde; sistema de seguro de saúde público, privado ou misto acessível a todos; fomento de pesquisas médicas e educação em matéria de saúde; adotar medidas contra a poluição ambiental e as doenças profissionais; empreendimento de ações para promover, manter e restabelecer a saúde da população<sup>10</sup>.

Carbonell (2008, p. 82-83) ainda ressalta que:

La obligación de cumplir en su aspecto de promover requiere de medidas positivas por parte de los poderes públicos; dichas medidas comprenden, a juicio del Comité, lo siguiente: a) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; b) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; c) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la disponibilidad de servicios; y d) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud. Como en los demás derechos, también en el derecho a la salud es importante la cooperación internacional; lo es, por ejemplo, porque los Estados deben respetar el disfrute del derecho a la salud en otros Estados, así como impedir que otros Estados conculquen ese derecho. Lo es también porque los Estados, según lo establece el Comité, deben facilitar al acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia técnica que corresponda. Además, los Estados tienen la obligación individual y solidaria, hasta el máximo de su capacidad, de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia,

---

<sup>10</sup>Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual a todos los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/Sida, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas (CARBONELL, Miguel. El derecho a la salud em el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU. **Revista da Defensoria Pública**, v. 1, n. 1, p. 82, jul./dez. 2008).

incluida la prestación de asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país.

Para concretizar as obrigações dos Estados, o Comitê assinala que existem obrigações mínimas que nenhum Estado pode deixar de cumprir sem violar o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Reconhece, além disso, uma série de obrigações básicas (CARBONELL, 2008) dos Estados-membros que, ainda sem pretensão de exaustão, Añón (2009) define como o núcleo do direito à saúde, quais sejam:

- a) garantir o direito de acesso a estabelecimentos, bens e serviços de saúde sobre uma base não discriminatória, em especial, no que diz respeito aos grupos vulneráveis ou marginalizados;
- b) assegurar o acesso à uma alimentação essencial mínima que seja nutritiva, adequada e segura e que garanta que ninguém padeça de fome;
- c) garantir o acesso a um lugar, com moradia e condições sanitárias básicas, assim como, um sistema adequado de água limpa e potável;
- d) facilitar o acesso a medicamentos essenciais, segundo as definições periódicas que figuram no Programa de Ações sobre Medicamentos Essenciais da OMS;
- e) assegurar uma distribuição equitativa de todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde;
- f) adotar e aplicar, com base em evidências epidemiológicas, uma estratégia e um plano de ação nacional de saúde pública para enfrentar as preocupações em matéria de saúde de toda população; a estratégia e o plano de ações deverão ser elaborados, e periodicamente revisados, sobre a base de um processo participativo e transparente; essa estratégia e esse plano deverão prever métodos, como indicadores e bases de referência da saúde que permitam acompanhar de perto os progressos realizados; o processo mediante o qual se conceba a estratégia e o plano de ação, assim como o conteúdo de ambos deverá prestar especial atenção a todos os grupos vulneráveis ou marginalizados.

Entre as obrigações de prioridade comparável às anteriores, o Comitê assinala as seguintes (CARBONELL, 2008):

- a) assegurar atenção à saúde reprodutiva, materna e infantil;
- b) proporcionar imunização contra as principais doenças infecciosas que assolam a comunidade;
- c) adotar medidas para prevenir, tratar e combater as doenças epidêmicas e endêmicas;
- d) educar e proporcionar acesso à informação relativa aos principais problemas de saúde da comunidade, com inclusão de métodos para prevenir e combater doenças;
- e) proporcionar capacitação adequada aos profissionais de saúde, incluindo educação em matéria de saúde e direitos humanos.

Na concepção de Carbonell (2008, p. 83):

El estudio de las obligaciones que los Estados Parte tienen en materia de derecho a la salud, que se acaba de hacer, puede servir para contestar a la pregunta de ¿qué deben hacer los Estados para cumplir con las disposiciones del Pacto en materia de derecho a la salud? Otra pregunta importante es ¿de qué manera o bajo qué circunstancias los Estados violan el artículo 12 del Pacto? Esta pregunta es relevante porque de que se responda correctamente depende el hecho de que seamos capaces de anular las obligaciones que acabamos de revisar con situaciones concretas que suceden todavía en los países de América Latina; en otras palabras, el estudio de las obligaciones que emanan del artículo 12 del Pacto solamente adquiere sentido si somos capaces, a través de ellas, de señalar violaciones concretas al mismo. Ese es el tema del que se ocupa el Comité en última parte de la OG 14.

O Comitê assinala que é importante distinguir entre a incapacidade de um Estado em cumprir com as obrigações derivadas do Pacto e a relutância desse mesmo Estado em cumpri-las, ou seja, o Comitê assinala que as violações podem ocorrer por impossibilidade material em atender o disposto no Pacto ou por simples e pura negligência.

O Comitê divide o estudo das violações ao Pacto em violações às obrigações de respeitar, violações às obrigações de proteger e violações das obrigações de cumprir, entre outras, da seguinte forma:

[...] la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de la salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus

obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales. [...] la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras. [...] la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna. (CARBONELL, 2008, p. 85-86).

Por consiguiente, el autor considera aún que:

Antes de terminar su larga muy ilustrativa OG 14, el Comité aborda algunas cuestiones relacionadas con la puesta en práctica del derecho a la salud, en cierta forma complementarias de lo que hasta aquí se ha dicho. Así por ejemplo, señala que los Estados deben adoptar una legislación marco para dar mayor efectividad a la estrategia nacional que deben dictar para hacer realidad el derecho a la salud con ello, el Comité seguramente busca evitar la dispersión normativa (que en esta materia puede ser especialmente perjudicial), así como permitir que el Estado – en sus diferentes niveles de autoridad u organización administrativa – logre un funcionamiento armónico y coordinado a fin de proteger de mejor manera el mencionado derecho.

El Comité también considera importante que el derecho a la salud sea justiciable; esto supone que “Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos”. Para el Comité, también los juristas tienen un papel importante en la tutela del derecho a la salud: “Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y a los demás juristas a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud”. (CARBONELL, 2008, p. 86-87).

No obstante, a história e o conteúdo do direito à saúde não podem ser construídos adequadamente se se colocar a atenção apenas no plano legal, político ou institucional. Faz-se necessário, ao menos, alguma referência ao que se pode denominar história da saúde e da doença, o que não é o mesmo, embora seja,

obviamente, vinculada à história da medicina (BYNUM, 1993). Em particular, deve-se destacar como essa história se desenrola a partir do século XX.

### **2.3 Elementos indicativos para compreensão da história da saúde e sua relação com as causas da pobreza**

A história da saúde e da doença tem uma forte dimensão cultural, isto é, aquele que queira abordar essa história deve, necessariamente, compreender a construção social da saúde e da doença e como essas construções sociais operam na realidade concreta (FOUCAULT, 1994). Mas, para além deste aspecto, há uma outra abordagem que, apesar de ser uma história social, nos termos de como os seres humanos organizam suas vidas e suas relações com a natureza, é também um pouco de história natural.

Nessa ordem de considerações, *a saúde global* é o conceito que Berlinguer (2002) sugeriu para caracterizar que a ideia de saúde, que certamente tem um aspecto individual, tem dimensões e problemas que dizem respeito à toda a humanidade, pois todos os povos possuem questões de saúde e doenças que os vinculam materialmente.

Paradoxalmente, o autor argumenta que, ao mesmo tempo em que o debate político enfatiza a globalização de muitos aspectos da vida e da sociedade, deu pouca atenção à globalização da questão sanitária e à deterioração (que a globalização neoliberal tem causado) à saúde global.

Na verdade, existem antecedentes dessa dimensão social da saúde, por exemplo, a própria *unificação microbiana* do mundo e a globalização das doenças se iniciaram com o descobrimento e conquista do continente Americano, com as conhecidas consequências devastadoras para os habitantes do Novo Mundo, que desconheciam a varíola e o sarampo, entre outras doenças.

Se a globalização da doença, ou seja, a difusão de tais quadros patológicos, em diferentes lugares do mundo, teve lugar no início da era moderna, deve-se ressaltar, no entanto, que o século XIX deu passos significativos no desenvolvimento da medicina científica, tanto na identificação das causas de algumas doenças, como na descoberta de alguns remédios preventivos e terapêuticos. Mas, paralelamente a esse conhecimento e à introdução de soros e vacinas, a melhoria no saneamento urbano, a limitação da jornada de trabalho ou a

exclusão do trabalho infantil foram, sem dúvidas, as ações que mais produziram resultados na luta contra a doença.

A globalização da saúde e da doença é também a *globalização dos riscos* de saúde, utilizando-se novamente a terminologia de Berlinguer (2002), que agrupa esses riscos em quatro áreas, quais sejam: o ressurgimento de antigas infecções e aparecimento de novas; as implicações para a saúde da degradação ambiental; a globalização das drogas e, finalmente, a violência.

Com relação às infecções antigas e novas, o HIV-AIDS é o exemplo mais claro e conhecido, responsável por milhões de mortes no mundo. Além dessas doenças, já se identificou dezenas de agentes patogênicos com capacidade de expansão global, como a doença da *vaca louca* (Encefalopatia Espongiforme Bovina - BSE), a gripe aviária e, ainda, a gripe A (INFLUENZA H1N1).

Entre os motivos desses acontecimentos, pode-se destacar o aumento sem precedentes de viagens e deslocamentos de substâncias e de animais em todo o mundo, bem como o uso indevido de medicamentos. Além disso, existem razões relacionadas aos padrões de exploração econômica agroindustrial e pecuária. Acrescente-se ainda a existência da pobreza e marginalidade urbanas, as más condições sociais, as guerras, a fome e a questão dos refugiados e do tráfico de pessoas, em resumo, todos os elementos sociais que causam vulnerabilidade à doença.

Os riscos para a saúde devido à degradação ambiental são, também, outro caso de globalização dos riscos. Pode-se falar, ainda, dos efeitos da poluição atmosférica, dos lençóis de água e águas freáticas, da sensível diminuição dos recursos naturais, da biodiversidade etc.

Considerar as consequências do aquecimento global deveria ser suficiente para se perceber os riscos para a saúde, tais como: as doenças e as mortes causadas por ondas de calor, especialmente, entre as populações mais vulneráveis; aumento de doenças infecciosas transmitidas por mosquitos (malária, febre amarela e dengue); doenças transmitidas por água contaminada (cólera e diarreias); menor disponibilidade de água potável; e por último, riscos de alteração do ecossistema. Todos esses quatro fenômenos tenderiam, conforme Berlinguer (2002), às quatro características comuns:

- a) os danos afetam frequentemente as pessoas, as classes e as etnias de forma seletiva e desigual, geralmente de forma inversa ao poder



econômico, educacional e social do indivíduo. O mesmo ocorre com o acesso a remédios, quando existem. Tudo isso contribui para formação de um círculo vicioso em que a desigualdade da base é reforçada por essa vulnerabilidade;

- b) as ameaças são cada vez mais globais;
- c) com frequência, é possível identificar, para esses fenômenos, certos sujeitos que lucram com a reprodução dessas doenças (como a produção de remédios para essas doenças), por exemplo, para a pecuária industrial, no caso da BSE<sup>11</sup>, a indústria poluente, as multinacionais do tabaco (ou cartéis da droga) ou a indústria de armas;
- d) esses casos, em boa medida, são antropogênicos, não devido ao acaso ou azar, mas, às ações humanas.

Na realidade, poder-se-ia constatar que, no caso do direito à saúde, o abismo entre o direito proclamado e o direito efetivado é um dos mais profundos que se pode verificar no catálogo de direitos humanos, embora se deva ressaltar que hodiernamente tem se contado com um processo extremamente rápido e amplo no desenvolvimento do conhecimento na área da saúde, como muitos e excelentes meios para prevenir e curar doenças. A magnitude do problema é conhecido, mas nunca é demais recordar algumas estatísticas.

Segundo Añón (2009), cerca de 18 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças curáveis e um terço da humanidade morre prematuramente por causas relacionadas com a pobreza. Caso se atente para um indicador como a expectativa de vida, esta é superior aos 80 anos em países como Austrália, Japão, Suécia, Suíça, mas é inferior a 40 anos em países como Malauí, Serra Leoa ou Zimbabué, sem contar mais 28 outros países em que a expectativa de vida é inferior a 50 anos (PNUD, 2005).

Ainda de acordo com Añón (2009), a causa mais relacionada a essas mortes é a pobreza, pois a quase totalidade da mortalidade e morbidade evitáveis se produzem em países subdesenvolvidos e entre seus habitantes mais pobres. Assim, a luta pelo respeito ao direito à saúde está amplamente vinculada com a luta contra a pobreza e a desigualdade.

---

<sup>11</sup>*Doença da vaca louca.*

Por isso, existem duas estratégias distintas para atacar esse problema: ou enfoca-se nas estratégias de erradicação da pobreza extrema, ou nas estratégias orientadas a assegurar o acesso universal aos tratamentos médicos, tanto preventivos, como de recuperação. Mas, deve-se ressaltar, no entanto, que essas estratégias não se excluem, muito pelo contrário, complementam-se, posto que a erradicação da pobreza extrema poderia reduzir enormemente a incidência global de muitas doenças, ao mesmo tempo que um melhor acesso a tratamentos médicos essenciais reduziria a pobreza extrema, permitindo aos pobres trabalharem e se organizarem para seu avanço econômico (POGGE, 2005).

Também para Añón (2009), as dificuldades para o acesso a médicos e tratamentos médicos essenciais é uma realidade que se pode verificar em âmbito mundial, pois um terço da população mundial não tem qualquer acesso à assistência médica essencial.

Isso se torna patente quando se observa o desenho das prioridades das investigações biomédicas. O fato é que essas prioridades são definidas por uma lógica mercadológica e não por critérios de justiça ou de necessidades das políticas de saúde. Como resultado dessa perspectiva, a OMS afirma que 95% do dinheiro gasto em investigações biomédicas no mundo se destinam a doenças que ocorrem quase exclusivamente em países desenvolvidos e, que só representam 7% da carga total de mortalidade e morbidade (AÑÓN, 2009).

Deve-se ressaltar que os medicamentos mais avançados, utilizados para o tratamento das doenças mais frequentes não estão disponíveis para quem deles necessita. O sistema atual de patentes (TRIP), baseado em acordos da Organização Mundial do Comércio de 1994, estabelece na prática um regime de monopólio que dificulta o acesso inclusivo aos medicamentos essenciais, o que gera um sistema extremamente injusto (AÑÓN, 2009).

Diante disso, torna-se imprescindível a constituição de um sistema normativo internacional para melhorar e redimensionar o desenvolvimento da bioética.

### 2.3.1 O problema da questão ética no processo de concepção do direito à saúde

Os esforços, na perspectiva da bioética, que tendem a proporcionar um marco teórico/normativo que possa dar conta da relação entre proteção da saúde,

justiça global e os direitos humanos, são escassos. Recentemente, em virtude da catástrofe da AIDS na África e das ações globais de denúncia sobre a limitação ao acesso de medicamentos, tem gerado um debate público em nível global, bem como certas manifestações acadêmicas.

Assim, entre os exemplos de propostas desse tipo, Dwyer (2005) tem argumentado que em termos de promoção da saúde, do ponto de vista de uma consideração de justiça global, seria necessário ter em conta três deveres: o dever de não causar dano (por exemplo: o dano ambiental ou as guerras), o dever de reconstruir acordos internacionais (redefinindo as estruturas e normas que determinam situações de injustiça) e o dever de assistência.

Por sua parte, Pogge (2005) tem proposto um sistema que tem a intenção de ser concreto, realista e factível para reformar o sistema de incentivos à pesquisa de novos medicamentos essenciais, na medida em que o atual sistema de incentivos à pesquisa farmacêutica, do ponto de vista moral, é *profundamente problemático* porque, na tentativa de corrigir a falta de incentivos das pesquisas farmacêuticas em sistemas de livre mercado, o faz a custa da criação de um sistema de proteção excessiva para o detentor dos direitos de patente e completamente irracional, do ponto de vista da coletividade.

Pogge (2005) propõe que se siga uma estratégia baseada na ideia de bens públicos, por exemplo, os resultados do desenvolvimento de novos medicamentos essenciais deveriam ser postos à disposição de qualquer empresa livremente, o que baixaria seus preços, quase aos seus custos marginais de produção.

Paralelamente e para garantir a continuidade de pesquisa farmacêutica, a empresa inventora poderia gozar de um direito de patente que fosse compensado por fundos públicos, mas de forma proporcional ao impacto causado pela invenção na carga global de doenças. Este último permitiria atrair pesquisas para as condições de saúde, cujos efeitos adversos na humanidade pudessem ser reduzidos mais eficazmente em termos de custos.

Para Añón (2009), não se pode estar seguro de que estas propostas sejam *factíveis ou realistas*, talvez seja apenas uma forma de se iniciar o debate e a reflexão sobre esses assuntos, para pôr em relevo o enorme desafio intelectual e político que exigem. Em qualquer caso, para o referido autor, devem ser recordados, nesse ponto, os artigos 27 e 28 da Declaração Universal de Direitos Humanos. O

artigo 27 estabelece que toda pessoa tem direito a “[...] participar el progreso científico y en los beneficios que él resulten [...] ]” (ONU, 1948, p. 36) e o artigo 28 impõe que “[...] toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.” (ONU, 1948, p. 36).

Ocorre com o direito à saúde, assim como outros direitos sociais, que seu conteúdo depende da perspectiva que se adote. Assim, é diferente examiná-lo da perspectiva dos textos e documentos emanados dos organismos internacionais ou da perspectiva teórica dos juristas e dos filósofos políticos. Ainda que pudesse parecer o contrário, na primeira perspectiva, o direito à saúde aparece mais claro e menos discutido (questão bastante diferente verifica-se na aplicação no direito à saúde nos diferentes países e nas diversas decisões dos tribunais nacionais). Enquanto isso, para juristas e filósofos a discussão sobre o direito à saúde é extremamente complexa e difusa.

Não raro, isso se deve às razões apontadas por Kelsen (1996): o que se apresenta como logicamente impositivo é, na realidade, apenas politicamente não desejado, pois se opõe a certos interesses, ou seja, está diante de exemplos puramente ideológicos.

Faz-se oportuno explicitar as hipóteses que alicerçam o debate ou, como querem alguns, destacar a postura adotada a respeito dos problemas de definição e justificação do direito à saúde que se visa defender.

## **2.4 Teorias negadoras do direito à saúde**

Inicialmente, diante das teorias negadoras, ou seja, aquelas teorias que negam que se possa falar de um direito à saúde, deve-se apresentar dois argumentos que demonstram a fragilidade de tal concepção, quais sejam: que tem sentido conceitual falar-se de direito à saúde; que o direito à saúde é um direito justificado, entendendo sua justificação como metajurídica e ética, configurando-se esta perspectiva como suficiente para resguardar um direito fundamental à proteção da saúde.

Em seguida, deve-se assumir que o direito à saúde é um direito complexo, pois expressa uma série de elementos distintos, embora interconectados, entre os quais estão, no mínimo: o direito que o indivíduo tem de não sofrer danos

em sua saúde, provocados por terceiros, sejam pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas; o direito a que o Estado promova uma série de medidas e políticas de proteção e promoção da saúde pública, meio ambiente e seguridade social e que sejam criadas condições para que a saúde das pessoas não seja ameaçada; finalmente, o direito à assistência sanitária. Esse ponto é importante porque de alguma forma, as outras condições dele derivam.

Em terceiro lugar, se o direito à saúde abarca todos os elementos citados, não resta dúvida de que esse direito deve ser concebido como universal em sua titularidade. A questão torna-se mais complexa quando se identifica o direito à saúde ao direito à assistência à saúde. Para alguns, o direito à assistência à saúde não tem caráter universal (AÑÓN, 2009). No entanto, Añón (2009) argumenta que a redução do direito à saúde ao direito à assistência à saúde não afeta a universalidade do direito à saúde e mais, defende que o direito à saúde deve ser concebido como universal em todas as suas vertentes, inclusive, na perspectiva da assistência à saúde.

Em quarto lugar, derivando da complexidade do direito à saúde, Añón (2009) entende que o direito à saúde não se identifica meramente com um *direito de negação*, ou seja, de o indivíduo não ser lesado em sua saúde. Entende que esta é uma parte do direito à saúde – conectada com outros direitos, como o direito a integridade física, ou o direito à vida – mas não a única. Assim sendo, seria possível distinguir entre uma vertente negativa e uma vertente positiva do direito à saúde.

Geralmente, parece constituir uma vantagem teórica e prática e, sobretudo, operativa, identificar o direito à saúde com o direito à assistência à saúde. Essa vantagem seria de dois tipos. Por um lado, esta identificação permitiria definir claramente o alcance do direito à saúde (e com ela, também definir as medidas para sua proteção). Por outro lado, permitiria, ainda, postular o direito à saúde sem a necessidade de optar por um conceito de *saúde* que, como já foi analisado, é de difícil especificação.

Añón (2009) considera, contudo, que essas aparentes vantagens são extremamente obscuras. Por um lado, se é certo que mediante uma configuração restritiva do direito à saúde se pode estreitar o problema, não está claro, por sua vez, que isto permitiria determinar o *mínimo protegido* pelo direito (ao menos sem buscar uma definição de *saúde*, com o que se perde sua pretensa vantagem). Além disso, limitar o *direito à proteção da saúde* a um *direito à assistência à saúde* não

oferece melhores possibilidades de garantia do direito, tanto na perspectiva do não cumprimento individual, quanto no âmbito da abstenção geral dos poderes públicos, ou o que ainda equivale dizer, a questão de efetivação de suas garantias (em geral, os problemas conceituais e sociológicos atribuídos à proteção dos chamados *direitos de prestação*).

É certo que não ter que optar por estabelecer uma definição de *saúde* poderia ser vantajoso, em virtude das dificuldades que isto oferece, contudo, não parece fácil – como se tem sugerido – que se possa determinar um mínimo de proteção sem apelar para algum conceito mínimo de saúde. Algumas teorias da justiça propostas desde o liberalismo igualitário têm optado por não elaborar uma teoria das *necessidades básicas* que indiquem um nível mínimo de saúde para centralizar a questão nos desejos e preferências do agente, argumentando a necessária proteção da autonomia individual.

Para Añón (2009), é possível falar da existência de um direito à saúde, em oposição às teorias negadoras em dupla perspectiva: do direito à saúde do ponto de vista jurídico e de sua justificação atendendo a considerações metajurídicas.

### 2.3.1 Propostas libertárias

De alguma maneira, essas duas perspectivas representam duas formas de responder a pergunta sobre a existência de um direito à saúde. Embora essa pergunta, assim formulada, pareça imprecisa e irrelevante, é importante observar que é fundamental questionar se conceitualmente faz sentido falar-se de um autêntico direito subjetivo à proteção da saúde (para além do fato que distintas constituições e declarações internacionais de direitos falem sobre o direito à saúde) ou, em outro plano, se existe uma pretensão justificada que possa dar lugar ao estabelecimento de um direito subjetivo à saúde.

Dentre esses dois aspectos, Añón (2009) aborda como ponto de partida a segunda perspectiva. O debate sobre a existência de uma justificação metajurídica, de caráter moral ou político a respeito de um direito à saúde, pode parecer irrelevante quando se aponta para existência de um direito à saúde positivado, previsto em constituições e textos internacionais, que o reconhecem como direito subjetivo e, ainda de forma mais conclusiva, quando se alude a uma série de

instituições, de políticas públicas e de ordenamentos normativos que preveem o direito à saúde em diferentes vertentes.

Num contexto de cortes crescentes no setor da atenção à saúde, de avanço notável de novas tecnologias e de uma suposta crise do Estado Social (AÑÓN, 2009), a questão da justificação do direito à saúde chama atenção, principalmente, quando o debate aborda o seu alcance, os seus limites e as formas em que estaria justificado fornecer – ou ainda racionar – os recursos em saúde. Por isso, não é de se estranhar a crescente expansão e incremento da literatura mundial sobre as questões sanitárias.

Inicialmente, analisar-se-á as teorias de negações do direito à saúde desenvolvidas a partir de uma proposta que se apresenta como libertária.

A resposta radical dada à justificação do direito à saúde pelas teorias libertárias consiste em *negar* que o direito à saúde possa ser justificado. Posturas desse tipo apresentam, pelo menos, duas teses que precisam ser abordadas e analisadas de forma isolada ou cumulativamente:

- a) a primeira entende que não é conveniente ou não é possível justificar a saúde em termos de direitos e;
- b) a segunda entende que o direito à saúde (caso se pudesse falar da existência de um direito à saúde) não é um direito autônomo, mas parte de outros direitos, pois se constitui, unicamente, em duas perspectivas, quais sejam: um direito a que a saúde do indivíduo não seja prejudicada por um terceiro (especialmente, pelo Estado), posto que é apenas parte do direito à vida ou do direito à integridade física; e um direito à possibilidade de adquirir livremente assistência à saúde no mercado.

Essas duas teses não são incompatíveis. Em relação à tese “a”, trata-se de uma negação completa do direito à saúde e de sua possibilidade de justificação. A tese “b”, embora admita a expressão *direito à saúde*, assevera que esta expressão constitui uma mera afirmação retórica, pois reduz ou identifica o direito à saúde a outros direitos negativos genéricos.

Nessa perspectiva retórica, somente se poderá admitir o dever de custear a assistência à saúde de um indivíduo, no caso de o Estado ou terceiro ter provocado diretamente o dano à saúde daquele, ou seja, o direito de assistência à

saúde surge como uma compensação ou reparação à violação do direito à vida ou à integridade física do sujeito.

Sem dúvida, as propostas mais extremadas de negação sobre a existência de um *direito à saúde* foram constituídas nas propostas libertárias ou libertarianas de autores como Robert Nozick<sup>12</sup>.

A proposta libertária surgiu nos Estados Unidos da América, nos anos 1970, inspirada, principalmente, em Friedrich Von Hayek. A proposta libertária desenvolveu a ideia de *Estado Mínimo* num quadro de *capitalismo radical*, mas, fundamentalmente, propôs a garantia dos direitos individuais contra a interferência de terceiros, com o objetivo de proteger o valor supremo da liberdade individual, ou como resumiu Arnsperger e Van Parijs (2002, p. 43):

El punto de partida del pensamiento libertario es la dignidad fundamental de cada persona, que no puede ser burlada en nombre de ningún imperativo colectivo. Esta dignidad reside en el ejercicio soberano de la libertad de elección en el marco de un sistema coherente de derechos. El libertarismo pretende así articular de manera consecuente una idea cuyo atractivo, hoy en día, no cede en nada frente al ideal utilitarista de una sociedad feliz: una sociedad justa es una sociedad libre.

Para essa proposta, se o valor supremo a defender é a liberdade individual, os únicos direitos legítimos são os direitos de não interferência que protegem a esfera da individualidade. A extensão desta esfera é determinada pelo conjunto do que possui o indivíduo, ou seja, na tradição de Locke (1978), o direito de propriedade, especialmente, neste caso específico, a propriedade sobre seu próprio corpo.

Desse modo, o principal direito justificado e delimitado pelo princípio da autonomia/liberdade é o direito de propriedade. Por isso, essa proposta se preocupa em justificar e traçar o significado do direito de propriedade (AÑÓN, 2009). Os indivíduos devem ser livres para usar, gozar e dispor, sem limitações, de suas propriedades. Isto permite que as propriedades sejam legitimamente transferidas de um indivíduo a outro, sempre que houver acordo de vontades.

Nenhum Estado e nenhum Poder Coletivo podem legitimamente estabelecer, por meio de instrumentos normativos, restrições à liberdade, ao

---

<sup>12</sup>Robert Nozick foi um proeminente filósofo político americano nas décadas de 70 e 80. Desenvolveu outros trabalhos adicionais, menos influentes nas áreas de epistemologia e teoria da decisão. A sua obra "Anarquia, Estado e Utopia" de 1974 foi uma resposta libertária para a obra "Uma Teoria da Justiça" de John Rawls, publicada em 1971.



exercício do direito de propriedade e de livre disposição sobre os bens do indivíduo, inclusive, sobre si mesmo (AÑÓN, 2009).

Assim, o único Estado que está justificado por meio da presente teoria é o *Estado Mínimo*, o qual está unicamente preocupado em garantir que a liberdade de cada um seja preservada, ou seja, é um Estado garantidor dos direitos de propriedade e repressor de tudo aquilo que macule ou obstaculize o exercício livre do direito de propriedade<sup>13</sup>.

Deve-se advertir que a proposta de um *Estado Mínimo* por mais que sirva como arsenal argumentativo contra os supostos excessos (assistencialistas) do Estado Social (com práticas coativas e violadoras da liberdade)<sup>14</sup>, não pode ser caracterizado como uma opção atualizada de um Estado de caráter liberal-burguês, tal qual existiu historicamente após o processo revolucionário francês.

Segundo Añón (2009), o Estado liberal-burguês histórico assumiu a proteção da salubridade pública, com uma polícia sanitária que não somente podia exigir, eventualmente, ações de caráter coativo, como também o indivíduo poderia exigir, em certas circunstâncias, uma ação positiva por parte do Estado para a proteção da saúde coletiva<sup>15</sup>.

Diante do exposto, segundo o pensamento de Añón (2009), rejeita-se a primeira tese. Passa-se, agora, à análise da tese “b” (em sua dupla versão): como um direito a não ser lesado em sua saúde ou como um direito a adquirir serviços de saúde, o que ainda equivale dizer, que não existe um direito à saúde, existem apenas direitos de liberdade e propriedade incluindo, neste último, a propriedade sobre o próprio corpo (podendo o indivíduo decidir como deve ser seu tratamento e, ainda, que parte de sua renda disponível para o tratamento de saúde. Em outras

---

<sup>13</sup> Segundo a conhecida frase do prefácio da obra *Anarquia, Estado e Utopia* de R. Nozick: “Mis conclusiones principales sobre el Estado son que um Estado mínimo, limitado a lãs estrechas funciones de protección contra la violència, el robô y el fraude, de cumplimiento de contratos, etc., se justifica; que cualquier Estado más extenso violaria el derecho d elas personas de no ser obligadas a hacer ciertas cosas y, por tanto, no se justifica; que el Estado mínimo es inspirador; así como correcto. Dos implicaciones notables son que el Estado no puede usar su aparato coactivo com el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su próprio bien.” (NOZICK, Robert. **Anarquía, Estado y Utopía**. México: FCE, 1990. p. 7).

<sup>14</sup> Sobre as críticas liberal-conservadoras ao Estado Social (FERNÁNDEZ, E. **Estado, sociedad civil y democracia, em AAVV, valores, derechos y estado a finales del siglo XX**. Madrid: Marcial Pons, 1995; OFFE, Claus. **Contradicciones em el estado del bienestar**. Madrid: Alianza, 1988).

<sup>15</sup> Sobre esta questão ver COBREROS MENDAZONA, Eduardo. **Los tratamientos sanitários obligatorios y el derecho a la salud**. Oñati: Institutu Vasco de Administración Pública, 1988; AMOEDO SOUTO, Carlos. **Poder policial y derecho administrativo**. A Coruña: Universidade da Coruña, 2000.

palavras, que serviços médicos ele está disposto a custear). Mesmo assim observa-se, em qualquer caso, que o Estado não deve intervir nas questões de saúde.

Conclui-se que, para essa teoria, nenhuma política de saúde pública ou imposição de seguro público poderiam ser justificadas, pois, se o Estado patrocinar aos cidadãos o acesso a serviços de saúde estará violando o direito à liberdade e à propriedade, na medida em que implica uma redistribuição coativa dos bens privados, o que, por sua vez, implica uma imposição ao direito de liberdade/propriedade sem qualquer justificação.

Na verdade, não haveria justificativa nem mesmo, para programas de vacinação obrigatória<sup>16</sup> ou para regulamentação da profissão de medicina. Assim, supõe-se que os médicos ou hospitais que prestem serviço deficiente ou não corrijam com reparações/indenizações seus erros e que poderiam ser identificados como estelionatários, poderiam, por conseguinte, ser expulsos pelo próprio mercado. No entanto, enquanto não se verificar situação de erro médico/hospitalar ou outras mazelas, não estará justificada a tomada de qualquer medida contra a atuação desses médicos e/ou hospitais.

Por fim, se o âmbito da justiça vem definido pelos processos de apropriação das coisas e pela não violação dos direitos de liberdade e propriedade, o fato de uma pessoa adoecer é alheia à questão do direito de liberdade e propriedade, logo não outorga ao Estado o dever, nem ao indivíduo o direito, de assistência e, muito menos, permite ao Estado a apropriação coativa de recursos pertencentes a outras pessoas para custear a saúde pública. Desta feita, Engelhardt (1995) deixa claro a impossibilidade de justificação de um direito à saúde.

De fato, Engelhardt se inspira num argumento próximo às teses libertárias para negar a existência de um direito à saúde (ENGELHARDT, 1995). Para ele não se pode falar de direito à saúde, todavia, para não radicalizar, o referido autor diz que, em certo sentido, até se pode falar do direito à saúde como um direito de não ser lesado por terceiro, mas somente isso (ENGELHARDT, 1995).

Embora alicerçado em argumentos libertários, o autor oferece uma explicação mais sofisticada que aqueles, pois não se limita a uma mera transposição da proibição de violar os direitos de propriedade de terceiros.

---

<sup>16</sup>Ressalte-se que a proteção da saúde e da salubridade pública são atividades que o Estado Liberal histórico assumiu como própria (STIGLITZ, Joseph Eugene. **Le economia del setor público**. Barcelona: Bosch, 1995, p. 319).

Por isso, a argumentação de Engelhardt (1995) supera, em certa medida, a estrita dimensão das considerações libertárias. O autor considera que a ideia dos direitos como reivindicações frente a terceiros se situa no plano da justiça. Portanto, supor que existe um direito à saúde, significa supor que existe um imperativo de justiça relativo à saúde, mas isso não significa, por outro lado, dizer que a doença é uma injustiça. Pelo contrário, para o autor, a saúde (ou a doença) é uma questão de acaso (sorte ou azar), assim, a doença é uma falta de sorte, mas não uma injustiça.

A saúde (ou a falta de saúde) seria o resultado de uma loteria natural: uns gozam de melhor saúde que outros e perdem ou ganham saúde em distintos momentos de sua existência<sup>17</sup>.

Além da loteria natural, Engelhardt também fala de uma loteria social, porém esta loteria social, mesmo utilizando-se da expressão social, não está vinculada a ações ou omissões de terceiros (AÑÓN, 2009).

Para o autor citado, as desigualdades entre as pessoas se devem a circunstâncias do acaso, que podem ter um caráter natural ou social, assim como se deverem ao acaso, não podem reputar-se como justas ou injustas.

Engelhardt (1995) admite que é difícil traçar uma distinção clara entre a injustiça e o acaso, mas sustenta que este é o único critério adequado para admitir reivindicações legítimas em matéria de saúde. Assim, será uma reivindicação legítima a que derive de um dano causado injustamente por terceiro, não uma simples necessidade.

O mencionado autor raciocina da seguinte forma: se se admitir a possibilidade de que as necessidades se convertam em critérios para imposição de demandas perante terceiros; se se admitir a possibilidade de que as necessidades criem direitos, se estará violando a autonomia das pessoas – o núcleo do liberalismo – pois se permitirá ao Estado legitimar medidas coativas frente aos direitos de liberdade e propriedade.

Dos dois tipos de loteria, a natural e a social, a primeira é seguramente a que proporciona o argumento de caráter mais geral (e que também se dirige diretamente a refutar toda pretensão de justificação de um direito à saúde). Já o argumento da loteria social só funciona no âmbito das teorias libertárias. Parece

---

<sup>17</sup>RAWLS, John. **A teoria da Justiça**. Brasília, DF: UnB, 1981. Ressalte-se que esta concepção de loteria natural Engelhardt toma da teoria da justiça de Rawls. Contudo, para Rawls a distribuição dos talentos e dons que produzem a loteria natural é moralmente arbitrária e injusta.

inegável que a saúde ou a ausência de saúde tenha algo do acaso: a predisposição genética a uma doença ou a possibilidade de sofrer um acidente imprevisível parecem ser questões de má sorte.

No entanto, não parece ser legítimo operar uma completa naturalização nesse sentido, embora o fato de que uma pessoa possa nascer no seio de uma família rica ou pobre possa se configurar como uma questão de acaso. Contudo, não é uma questão de acaso que existam famílias ricas e pobres, também não é uma questão de acaso que existam desigualdades sociais, ou que estas desigualdades sejam tão abissais<sup>18</sup>.

Isso ocorre exatamente porque a maior ou menor desigualdade depende, em certa medida, da estrutura social das instituições básicas da sociedade. Por isso, o argumento de sustentação da loteria social só é válido se se aceita o ponto de partida das teorias libertárias, ou seja, somente se a questão da justiça se reduz ou se limita à proteção de determinados direitos preexistentes.

Em vez disso, se se aceita que a questão da justiça está relacionada com as instituições básicas da sociedade, se se aceita que as instituições básicas da sociedade devem ser, não apenas eficientes, mas justas, já não se poderá admitir que a distribuição da riqueza seja uma mera questão de acaso.

A suposição de que as instituições sociais básicas devam ser justas e que esta é sua principal virtude é o ponto de partida da teoria da justiça de John Rawls (1981), assim como de grande parte da discussão posterior sobre a questão da justiça.

Exceto a particular visão libertária, não parece contrário à concepção liberal (de respeito à autonomia) o fato de que a desigual distribuição dos bens sociais seja temática imprescindível e extremamente relevante para consecução do ideal de justiça, bem como necessidade de consecução de certas medidas de correção social sustentadas em direitos, caracterizados como fundamentais.

Em qualquer caso, ainda se não se admitir o argumento da loteria social – ou se se considera que a loteria social tem um peso relativo nas questões de saúde – merece maior consideração, neste momento, o argumento da loteria natural.

---

<sup>18</sup>Acrescente-se que Nozick, em resposta a algumas críticas recebidas, admite que dado que muitas das transações que precederam a atual estrutura de propriedade foram ou podem ter sido ilegítimas, existe a possibilidade de corrigir essas situações utilizando-se do “princípio da retificação”, o que poderia justificar um Estado intervencionista para corrigir tais situações (NOZICK, Robert. **Anarquia, Estado y utopía**. México: CE, 1990. p. 155).

A crítica às teses de Engelhardt podem ser obtidas, segundo Añón (2009), a partir de dois pontos de vista:

- a) questionar se a saúde (ou a sua ausência) podem ser atribuídas a uma loteria natural; e
- b) questionar a relevância de sua delimitação no campo da justiça, ou seja, quais circunstâncias devidas ao acaso não têm importância para a discussão do âmbito da moral.

Em relação ao primeiro argumento, Añón (2009) admite que o acaso – a loteria natural – é importante para a questão da saúde e apresenta dois exemplos que se poderia atribuir ao puro acaso: o caso de uma doença de caráter hereditário ou um acidente imprevisível. Mas entre estes casos e o de um dano causado por terceiro (a única situação que segundo Engelhardt justifica a possibilidade de recair sobre um terceiro os custos da assistência à saúde) existem, ao menos, outros dois tipos de casos intermediários.

Há, inicialmente, casos em que a *loteria natural* se modifica por causas sociais, como por exemplo: os hábitos de vida do indivíduo, as condições de higiene, a alimentação, a habitação, a riqueza, o próprio acesso a cuidados de saúde – todas essas questões influenciam decisivamente a *loteria natural*.

Deve-se destacar que a esperança de vida não é a mesma nos diversos países, nem mesmo entre as classes sociais. Na África, por exemplo, registra-se uma incidência do HIV-AIDS sem comparação no mundo e isso não depende de nenhuma *loteria natural* (como não dependem, principalmente, de uma *loteria natural* o número de mortes em decorrência de acidentes de trânsito, violência urbana ou doenças cardíacas na América).

Além disso, mesmo dentro dos níveis de saúde e mortalidade aceitáveis para uma sociedade (ou uma classe social) existem fatores que incidem na saúde que não são diretamente causados por um terceiro identificado, mas que não podem ser atribuídos exclusivamente a causas naturais; assim, a deterioração da saúde devido à contaminação e/ou intoxicação alimentar, acidentes e catástrofes como a do Acidente Radiológico – Césio-137, em Goiânia, Acidente Nuclear em *Chernobil* etc. Esses exemplos, problematizam a possibilidade de definir o que está incluído e o que está fora da *loteria natural*.

Desse modo, Añón (2009) considera que a pureza da distinção de Engelhardt deixa de ter solidez, sem negar o papel de *loteria natural* de um lado, e

*chance* (se a *distribuição* de catástrofes naturais ou artificiais) por outro; este não é mais um critério confiável, do ponto de vista empírico, para fazer a distinção entre o que é injustiça e o que é acaso.

Por outra parte, num terreno tão escorregadio, deve ser reconhecido que a delimitação do que é *natural* e *social* é culturalmente construído.

Parece ser mais significativo, ainda, questionar a segunda parte da tese “b”, qual seja: questionar a delimitação do campo da justiça, baseando-se na relevância ou irrelevância para o discurso moral das circunstâncias devidas ao acaso.

Añón (2009) apresenta diferentes indagações sobre a questão do acaso, entre elas as que seguem: por que se teria que excluir do campo da justiça a existência de circunstâncias devidas ao acaso? Por que se haveria de excluir do campo da justiça a existência de circunstâncias que sendo distribuídas aleatoriamente entre as pessoas, sabe-se que serão distribuídas de forma desigual? Por que a distribuição dos riscos haveria de ser excluída das considerações da justiça? Deve-se perguntar se não é mais injustiça que acaso a existência de diferenças de expectativas de vida numa sociedade, segundo a classe social; ou se não é mais injustiça que acaso a mortandade devido a doenças facilmente curáveis; ou se não é mais injustiça que acaso a mortalidade devida à inexistência de condições de vida dignas.

Nesse sentido, Hierro (2002, p. 100) observou que: “Lo que se siente como una injusticia no es padecer una determinada enfermedad, sino padecer una enfermedad que con un reparto más igualitario de los recursos uno podría haber evitado.”

A proposta de Engelhardt de considerar irrelevante para configuração da justiça a *loteria natural* é extremamente criticável. Além disso, pode acabar conduzindo a consequências extremadas, na medida em que a negação de um direito à saúde não significa apenas que não pode haver reivindicação legítima de qualquer tipo de assistência à saúde por parte de qualquer cidadão, assim como, seria ilegítimo qualquer tentativa do Estado para organizar um sistema de saúde, para prestar assistência à saúde ou de facilitar qualquer incentivo. Para evitar consequências tão extremas, algumas das propostas negadoras do direito à saúde, entre elas a de Buchanan (1984), consideram legítima e até desejável certa atividade prestacional do Estado.

#### 2.4.2 Dever de beneficência e *decent minimum*

O dever de beneficência é a alternativa que Buchanan oferece à negação do direito à assistência à saúde. O referido autor também rechaça a existência de um direito à assistência à saúde e compartilha da ideia de que se existisse um direito à assistência à saúde (cujas possíveis justificações desconsidera em seus trabalhos) este seria virtualmente ilimitado e, em razão disso, impossível de ser realizado concretamente.

Esta ideia parece ser na realidade a preocupação que se sobressai na proposta de Buchanan. Seus pontos de partida não são essencialmente libertários, mas compartilham em muitos aspectos com esse ponto de vista. Seu principal argumento está nas dificuldades das abordagens baseadas em direitos, o que em parte, também afeta os argumentos libertários baseados em direitos de não interferência ou de propriedade (BUCHANAN, 1984).

Em particular, Buchanan não defende, como fazia Engelhardt, que as necessidades em matéria de saúde sejam irrelevantes ou que não devam preocupar ninguém mais do que aqueles que as sofrem. Coincide com Engelhardt, ao situar as pretensões em matéria de cuidado da saúde fora do âmbito da justiça (também fora do âmbito dos direitos) e em trazê-las de volta ao âmbito não de um direito à saúde, mas de um dever de beneficência, que justifica um mínimo grau de assistência à saúde.

Buchanan (1984) constata que existe certo consenso em reconhecer um direito a um *mínimo decente* (*decent minimum*) em matéria de saúde, além de admitir, em sua proposta, que o Estado deva realizar uma certa atividade para a proteção da saúde dos cidadãos, na medida em que pode coordenar melhor um esforço conjunto neste sentido. Contudo, esse dever é estritamente um dever de beneficência e não uma derivação de um princípio de justiça, e muito menos uma derivação de um direito individual à proteção à saúde.

A vantagem de excluir um autêntico direito é dar limitações ao que se converteria em pretensões ilimitadas (e dificilmente limitáveis a esta categoria de direito subjetivo). Pelo contrário, os deveres de beneficência são certamente obrigatórios (não seria um dever se fosse diferente), mas resulta de uma noção mais aberta que, sobretudo, deixa a critério do agente (o Estado) o momento e o alcance

do exercício desse dever. Também, nessa perspectiva teórica não há necessidade de uma justificação tão exigente como de um direito à saúde.

Para Buchanan (1984), a justificação da atuação do Estado passa por sua capacidade para coordenar melhor os esforços conjuntos. Efetivamente, se a beneficência fica isolada a certos indivíduos, não há garantia de que seja eficiente, visto que em muitos casos o que seus destinatários precisam exigirá uma ação coordenada de várias pessoas.

O autor mesmo argumenta que, se necessário, estaria justificada uma ação coercitiva do Estado em favor do dever de beneficência, mediante dois argumentos (BUCHANAN, 1984): uma pessoa que queira atuar caridosamente para promover um *mínimo decente* de assistência, veria que seu esforço sozinho, sem o esforço de outras pessoas, se perderia, posto que, para o autor, o racional seria dedicar seu esforço caridoso para outros fins, mas, se todo o mundo atuasse dessa forma, seria impossível somar esforços; na medida em que o projeto de *mínimo decente* de saúde seja mais importante que outros fins terá que atribuir o *orçamento individual para a caridade*, se não for oferecida uma garantia de que não seria um esforço vazio – pelos motivos do primeiro argumento – ninguém que aja racionalmente destinará a esse projeto seus fundos, pelo que se diminui a eficácia do esforço.

Buchanan (1984) não crê que reforçar o princípio da beneficência (que em seu esquema é um princípio moral) significa uma atuação perfeccionista do Estado, na medida em que é feita para garantir a virtude moral dos cidadãos. Na realidade, forçar o princípio moral só se justifica se for a única forma de assegurar as contribuições dos cidadãos para alcançar resultados eficazes e evitar o comportamento racional, mesmo para aqueles que têm o desejo de contribuir (ou destinar suas contribuições terá fins menos eficazes).

A proposta de Buchanan (1984) é criticada de forma precisa por Vidiella, em duas linhas de pensamento: a primeira destaca as fragilidades das argumentações propostas por aquele; a segunda critica a tese do *decent minimum* (VIDIELLA, 2000).

Em relação à primeira questão, a argumentação de Buchanan para a justificação da atuação do Estado parte da atuação do Estado para assimilar o nível decente de saúde como um bem público, como algo necessário para todos. Todavia, na argumentação de Buchanan (1984) é excluída esta possibilidade posto que sua



construção parte de um dever de caridade para os necessitados, não de um dever com caráter geral, ou seja, para todas as pessoas.

Por outro lado, a suposta vantagem de se falar de um dever de beneficência em vez de um direito, seria o fato de que não seria tão necessário especificar qual o conteúdo do dever. Contudo, uma vez que o Estado pode forçar a execução do dever, será necessário definir o conteúdo do dever moral de beneficência, no que diz respeito à atuação super-rogação com a qual será igualmente necessário estabelecer seus limites e fazê-lo de forma justificada, com o que se tem perdido a pretensa vantagem.

Com respeito à tese do *decent minimum*, Vidiella (2000) observa que o conceito está construído sobre a ideia de proporcionar um nível *adequado* de saúde que permita levar uma *vida tolerável*. No entanto, não está claro que se possa realizar uma divisão entre *saúde básica* e outras superiores: se alguém necessita de um tratamento excluído do *decent minimum* isto o conduzirá à morte, não há, nesse caso, uma vida tolerável. Mas talvez – como também assinala Vidiella – o problema principal constitui a negativa de Buchanan em situar essa questão no plano da justiça e dos direitos.

Além disso, quando Buchanan (1984) afirma como não relevante tais elementos, sua proposta aparece como um retrocesso, tanto do ponto de vista teórico quanto das conquistas históricas, na medida em que substitui a linguagem do direito pela da beneficência (na visão não muito distante das teses inspiradas em Nozick). Percebe-se, por fim, que essa proposta está vinculada a ideia de Estado Mínimo, na medida em que retira a questão das considerações de justiça, a justificação da proteção do *decent minimum*.

As posturas examinadas até aqui coincidem em atribuir ao mercado um enorme peso na distribuição dos recursos para a saúde; não são as únicas nesse sentido. Mesmo sem a perspectiva extremada anterior, também no âmbito do utilitarismo, a questão da saúde continua – na expressão de Arnsperger e Van Parijs (2002, p. 110) “[...] numa presunção em favor do mercado.”

A presunção a favor do *laissez faire* não foi abandonada, embora esteja matizada, tendo em vista as características de um mercado como o que se trata e tendo em conta algumas das críticas mais significativas que sofreram as posturas baseadas num mercado puro, como as que, na realidade, propõem os libertários.

O refinamento e o raciocínio que introduz o utilitarismo podem levar a justificar uma importante atividade do Estado, levando mesmo a propor a imposição de um seguro obrigatório de saúde (o que seria inconcebível do ponto de vista libertário).

Para Arnsperger e Van Parijs (2002), o ponto de partida dos utilitaristas admite que determinadas considerações conduzem à limitação da presunção favorável ao livre mercado e à justificação de uma atuação do Estado que imponha a todos um seguro obrigatório. Segundo Añón (2009, p. 110), seguem as considerações que devem ser ressaltadas:

- a) la falta de información, la valoración incorrecta o una atención insuficiente hacia las personas que están a nuestro cargo, podría llevar a no contratar seguros que aumentarían el bienestar de las familias. Para evitar el despilfarro de bienestar habría que permitirse ser paternalista para imponer a todos un nivel mínimo de seguro, que podría adoptar diferentes formas;
- b) si el seguro es obligatorio para todos, se pueden cubrir algunos riesgos a un coste que todo el mundo considere que vale la pena, pero que no sería así si el seguro fuera facultativo;
- c) el recurso a las atenciones médicas puede producir externalidades positivas, es decir, ventajas para otras personas distintas del beneficiados (piénsese en el caso de vacunación o tratamiento de enfermedades contagiosas). Si el seguro es facultativo, los que no contribuyan no solo se conviertan en “gorriones” y “aprovechados”, sino que también producen externalidades negativas.

No entanto, seja com seguros obrigatórios ou não, a suposição de que o mercado pode fazer uma distribuição de recursos sanitários eficiente e justa (HIERRO, 2002) é questionada por diferentes autores. Mas, além de tais argumentações, as políticas públicas em matéria de saúde e o reconhecimento de um direito à saúde, postas em marcha nos sistemas sanitários de caráter público, resultam da histórica constatação de que as injustiças e as desigualdades existentes, no que se refere à proteção da saúde, não podem ser solucionadas unicamente por critérios mercadológicos.

Deve-se ressaltar o que observam Beauchamp e Steinboc (1999, p. 103):

Quizá el modo más directo en el que el modelo de justicia basado en el mercado debilita nuestra resolución de preservar y proteger la vida humana tiene que ver con la libertad primaria que este sistema extiende a todos los individuos y grupos para actuar con obligaciones mínimas de proteger el bien común. A pesar del hecho de que esta regla del autointerés de manera previsible falla en la protección adecuada de la seguridad de nuestro lugares de trabajo, de nuestro medios de transporte, de nuestro ambiente físico, de los bienes que consumimos, o de la equitativa y efectiva distribución de la atención médica, esos fallos han resultado hasta ahora solo en débiles intentos de regulación y control. Esta respuesta se explica en gran medida por la poderosa influencia que la justicia basada en el mercado ejerce sobre nuestra imaginación, reconociendo a todos los

individuos la libertad fundamental de que nos dejen tranquilos – incluso si los “individuos” en cuestión son grupos económicos gigantes con enormes capacidades de generar enormes perjuicios públicos.

Analisando os argumentos que são apresentados contra a pretensão de deixar a atenção à saúde ao livre jogo do mercado ou, se prefere a fórmula geralmente utilizada - *as razões que podem justificar a intervenção do Estado no mercado* - podem ser divididos essencialmente em dois tipos: os que se centram em ressaltar a ineficiência do mercado na área de proteção à saúde e os que se centram em ressaltar as consequências desiguais do mercado. Embora se trate de argumentos de tipos diversos, eles não são contraditórios. De outro lado, pode-se afirmar que qualquer desses argumentos possui razão suficiente para justificar o abandono do livre mercado em matéria de assistência à saúde.

Nas razões do tipo apresentado na letra “a”, segundo Stiglitz (1995), o mercado da assistência à saúde está muito longe das características que a teoria atribui aos mercados competitivos, posto que o mercado de saúde lida com informações e competências imperfeitas e o mercado da medicina se diferencia dos mercados competitivos convencionais, ao menos porque:

- a) tem um número limitado de vendedores (poucos hospitais);
- b) não se comportam exatamente como empresas maximizadoras de benefícios;
- c) os bens que oferecem não são homogêneos;
- d) os compradores não possuem informações perfeitas e completas sobre diagnósticos e tratamentos, e
- e) os pacientes pagam somente uma parte do custo, pois não custeiam, por exemplo, as pesquisas científicas na área.

Além de outros fatores, a existência de informações imperfeitas (os pacientes sabem somente aquilo que é informado pelos médicos) e a heterogeneidade dos serviços oferecidos (a incapacidade de valorar comparativamente as distintas ofertas e serviços) reduzem o grau de análise segura das competências.

Como o mercado médico se comporta de forma distinta dos mercados convencionais, não se pode, por exemplo, garantir que o aumento do número de médicos no mercado corresponda, necessariamente, a uma diminuição dos preços (STIGLITZ, 1995).

Algumas dessas características, devido às características intrínsecas aos mercados de saúde, parecem inelimináveis, tais como: a heterogeneidade dos serviços e a informação superficial sobre doenças e tratamentos dados aos pacientes/compradores. Contudo, outras características parecem depender mais da estrutura institucional e da regulação do sistema de saúde de cada país, ou melhor, parecem ser aspectos nos quais se pode incidir de maneira mais ou menos intensa.

Assim, a partir de determinados incentivos ou punições, poder-se-ia promover a competição entre hospitais ou fazer com que os pacientes pagassem uma quantidade maior ou mesmo a totalidade – dos custos da saúde. De fato, algumas medidas (re) privatizadoras da saúde estão neste sentido de tentar aproximação o máximo possível, ao modelo de mercado competitivo, deixando de lado o fato de que, como afirma Añón (2009), algumas das características intrínsecas do mercado da saúde se distanciam do modelo de mercado competitivo. O mercado competitivo, ao eliminar todo tipo de benefícios fiscais, subsídios ou sistemas de proteção, faz com que os pacientes tenham somente o tipo de proteção à saúde que estejam dispostos a pagar (entenda-se *que podem pagar*). Mas, dessa maneira, como se pode perceber, a objeção não está relacionada com a eficiência, mas com os injustos e desiguais resultados produzidos e inaceitáveis.

## **2.5 Crítica às políticas de livre mercado no âmbito da saúde**

Para Ronald Dworkin (2000), existem pelo menos três razões pelas quais as políticas de livre mercado resultam inaceitáveis e injustas, quais sejam:

- a) a riqueza é tão injustamente distribuída que a maioria das pessoas é incapaz de comprar um seguro de saúde substancial a preço de mercado;
- b) a maioria das pessoas tem pouca ou nenhuma informação sobre os riscos da saúde ou da tecnologia médica;
- c) num mercado sem regulação, as companhias de seguro sobrecarregam algumas pessoas com tarifas elevadas, tais como: pessoas com histórico médico considerado *inadequado*; membros de grupos étnicos suscetíveis a determinadas doenças; pessoas que vivem em áreas expostas a maiores riscos de acidentes, dentre outras.

Desta feita, deve-se analisar o papel do mercado na teoria do liberalismo igualitário, em especial, a perspectiva de Ronald Dworkin (2000). Objetiva-se, inicialmente, examinar a reflexão de Dworkin sobre o direito à saúde, ou melhor, os princípios e regras adequados para enfrentar a questão de como estabelecer um modelo de custos e serviços de saúde que cumpram com critérios de justiça a concretização do direito à saúde, que sejam razoáveis e realizáveis.

Dworkin (2000) parte de um contexto concreto: a polêmica e a luta política que no início dos anos 1990 tiveram lugar nos EUA, em torno das tentativas do presidente Clinton para promover uma reforma do sistema de saúde que outorgasse uma cobertura mínima a (quase) todos – a semelhança, em princípio, do que ocorre em alguns países europeus.

A proposta de Dworkin (2000) é interessante na medida em que parece permitir dar resposta a algumas das questões formuladas pelas propostas utilitaristas e libertárias, sem a vulnerabilidade das críticas a que estas são credoras. Em relação à proposta utilitarista, Dworkin parece ter encontrado a fórmula que permite um cálculo (minimamente objetivo) que, ao mesmo tempo, leve em conta as preferências dos agentes e o respeito aos direitos fundamentais.

Vale ressaltar que a proposta de Dworkin é presidida pela ideia de igualdade moral, o que nem sempre é respeitado por teorias como a utilitarista e a igualitária. Além disso, tal proposta é menos uma teorização de um fundamento para o direito à saúde que a busca de critérios de justiça que permitam distribuir equitativamente os custos em saúde e, principalmente, estabelecer critérios para uma racionalização dos custos que não represente a vulnerabilidade da equidade e que permita pôr limite a estes gastos. Dworkin (2000) assume que certas limitações na cobertura universal significam não limitações à justiça, mas requisitos para sua realização.

O autor parte da recusa das propostas conservadoras que propõem aprofundar o modelo de livre mercado de saúde, mas, ao mesmo tempo, admite que alguns dos problemas que estão na base das argumentações favoráveis ao livre mercado não podem ser desconsiderados. Particularmente, assume o fato de que o custo com a saúde nos Estados Unidos da América é sumamente alto (apesar de existir um elevado número de pessoas desprotegidas); por outro lado, aponta como critério de justiça que a responsabilidade individual, de suas próprias decisões, deve desempenhar um papel na distribuição dos recursos. Entretanto, com relação a esse

último ponto, Dworkin (2000) avança em relação as propostas conservadoras e/ou com base no livre mercado, mas nega veementemente que sua proposta seja considerada paternalista.

O autor, em sua argumentação, parte para compreender o ideal de justiça médica do princípio do resgate (DWORKIN, 2000). Esse princípio, segundo ele, tem duas partes que se conectam, quais sejam: a vida e a saúde são os principais bens, e todos os demais são de importância menor e devem ser sacrificados por eles; o cuidado com a saúde deve ser distribuído sobre a base da igualdade, de modo que, mesmo numa sociedade desigual em termos econômicos, não se deve negar assistência à saúde para alguém que necessite, só pelo fato de ser tão pobre que não possa pagar.

### 2.5.1 Princípio de resgate

O princípio do resgate (embora seja interessante e amplamente utilizado retoricamente), não deixa de ser, no melhor dos casos, um nobre ideal, mas, de acordo com Dworkin (2000), impossível de ser realizado na prática e inútil para solucionar questões concretas. Mesmo seguido minimamente esse princípio a destinação de enormes recursos à proteção da saúde, o que seria inviável, principalmente quando se destaca o avanço e o custo de tecnologia na área da saúde.

Às hipotéticas consequências derivadas do princípio resgate pode-se adicionar o *efeito dominó* do direito à saúde, que a cada instante exigirá continuamente maior atenção e mais gasto com tratamentos e medicamentos. Um princípio desse tipo não apresenta qualquer parâmetro razoável para a questão do planejamento social em saúde, pois, em virtude de sua ausência de parâmetro, impossibilita a constituição de critérios intermediários e realizáveis no âmbito da saúde.

Como alternativa a essa situação, Dworkin (2000) propõe o ideal do *seguro prudente* e nega uma solução baseado no acirramento do livre mercado da saúde (em virtude de suas consequências inaceitáveis, porque são contrárias ao princípio da justiça, tendo em vista, principalmente, a injusta distribuição da riqueza existente, que exclui muitas pessoas da proteção à saúde), fundamentalmente, em virtude da fragilidade das informações sobre os riscos de saúde que recebem os

consumidores e o fato de que as tarifas de seguros são inacessíveis para as pessoas com maiores riscos em sua saúde, entre elas: os velhos, as crianças, as pessoas com deficiência e os pobres.

O mesmo autor propõe ainda um exercício mental que consiste em imaginar uma situação hipotética na qual se realizaria a distribuição da assistência à saúde no quadro de um mercado livre em que as três deficiências, abaixo assinaladas, descritas para um mercado real pudessem, de alguma forma, ser corrigidas:

- a) a distribuição da riqueza e da renda fosse a mais justa possível;
- b) a informação sobre a eficácia, custo e efeitos secundários dos procedimentos médicos (ou seja, o que os bons profissionais conhecem) estivesse à disposição e fosse conhecida pelo público;
- c) ninguém (nem mesmo as companhias de seguro, nem as pessoas físicas) tivesse informação sobre as possibilidades de uma pessoa sofrer uma doença ou um acidente (não se conheceria, por exemplo, a predisposição a doenças, nem a possibilidade de ser vítima de violência).

Cabe destacar que se trata de correções de caráter em relação às consequências de um livre mercado real. Deve-se explicar que Dworkin não propõe, na verdade, corrigir (mesmo hipoteticamente) as *falhas do mercado* com relação ao modelo de *competência perfeita* descrito pelos economistas, mas de corrigir os motivos pelos quais o livre mercado teria consequências injustas.

Cabe, neste instante, pôr relevo aos dois últimos requisitos apresentados por Dworkin (2000). O requisito “b” analisa a existência de uma simetria na informação disponível tanto para os licitantes como para os demandantes da assistência à saúde. Neste caso, por mais que seja um objetivo irrealizável, o requisito coincide com as exigências de um mercado de competência perfeita. Já o requisito “c” tem, ao contrário (ao restringir a informação dos agentes), uma afronta ao modelo mercadológico.

Desses dois critérios, o último parece evocar, claramente, o “véu da ignorância” de Rawls (mecanismo também hipotético mediante o que Rawls busca garantir a imparcialidade nas questões sobre os princípios da justiça). Ambos os critérios têm por objetivo estabelecer critérios para o livre mercado; compreende que o mercado é mecanismo de manifestação das preferências, mas entende que estas

preferências devem ser razoáveis, exatamente porque são guiadas por critérios de imparcialidade. Em outras palavras, devem ser excluídos os critérios relativos às circunstâncias pessoais contingentes ou às posições de vantagem/desvantagem que cada um ocupa nesse mercado.

Por isso, o que se busca, por um lado com a maximização das informações e por outro lado com a garantia da ignorância, não são as condições de um mercado competitivo perfeito, mas que as decisões sejam tomadas de forma imparcial (e universalizável). No que se refere ao item “a”, a ideia de justiça está relacionada com a igualdade de recurso (DWORKIN, 2000); para o autor, a concepção igualitária deve basear-se em igualdade de recursos, um critério mais objetivo que a ideia de igualdade de bem-estar ou satisfação que cada um pode alcançar com seus próprios meios.

Esta situação hipotética na qual o livre mercado da saúde possa funcionar com essas características parece longe de ser uma situação minimamente real. Contudo Dworkin assume claramente que é uma situação imaginária. O que o autor propõe é imaginar qual classe de instituições de assistência à saúde se desenvolveriam numa comunidade em tais condições (entendendo por “se desenvolveriam”, como resultado conjunto das decisões individuais no mercado, o que também suporia estabelecer quanto dos recursos da comunidade se dedicaria à assistência à saúde). Com isso não supõe que se possa resolver definitivamente e com esses critérios todas as questões formuladas, nem resolver todas as demandas com a aplicação mecânica desses mesmos critérios.

Dworkin (2000) reivindica o critério hipotético e o princípio do *seguro prudente* que poderiam servir como teste às instituições de assistência à saúde. Afirma que nessa comunidade imaginária, na qual as instituições relacionadas ao cuidado da saúde se determinasse de tal maneira, abster-se-ia uma solução justa, no sentido que:

- a) qualquer quantidade que essa comunidade gastasse em total no cuidado da saúde seria moralmente adequada: não poderia ser criticada segundo razões de justiça por gastar pouco ou demasiado;
- b) a distribuição do cuidado da saúde nessa comunidade seria justa para essa sociedade.

Ambas as suposições estão justificadas na medida em que a distribuição justa é a resultante do que as pessoas bem informadas se dão a si mesmas por



meio de escolhas individuais, supondo que o sistema econômico e a distribuição da riqueza foram realizadas com justiça, o que permite que cada pessoa possa livremente fazer suas escolhas (MIGUEL, 2002).

Para Dworkin (2000), este modelo ideal hipotético pode ajudar a tomar decisões adequadas, mesmo nos sistemas de saúde em contextos injustos – nos quais a distribuição da riqueza é desigual – como no caso norte-americano. Portanto, pode-se intentar determinar que tipo de cuidados de saúde e seguros pessoais podem ser caracterizados como uma compra prudente, para a maioria dos norte-americanos, pois se tal decisão pudesse ser tomada em circunstâncias ideais, essas especulações poderiam servir como guia para uma decisão pública em torno, por exemplo, de que diagnósticos e quais tratamentos médicos seriam “necessários e apropriados” para provê-los como serviços públicos.

Assim, por exemplo, Dworkin suspeita que, inicialmente, as pessoas que tivessem que *comprar* seguros tenderiam a buscar a máxima proteção possível e todas as formas de tratamento concebível, em qualquer circunstância, mas que depois, com o tempo, dar-se-iam conta de que o custo de um seguro tão ambicioso seria extremamente alto e inconcebível (não os impossibilitaria de destinar recursos para outros fins), e, posteriormente, optariam por um seguro mais prudente.

Dworkin supõe que as escolhas do que é ou não prudente variam de uma pessoa a outra segundo suas necessidades individuais, gostos, personalidade e preferências, mas assume que se pode ter certos juízos que satisfazem os gostos e preferências da maioria das pessoas de uma determinada comunidade (dos norte-americanos contemporâneos) e, assim, excluir algumas opções abertamente irracionais para aquele grupo de pessoas. Assume, ainda, que as opções, que a maioria toma em tais circunstâncias, servem como guia para o estabelecimento de um sistema de proteção de saúde público e justo (DWORKIN, 2000).

Da mesma maneira, se em tais circunstâncias ideais algumas pessoas prudentes quiserem um nível de cobertura do seguro mais elevado (e caro), seria uma injustiça que um sistema público forçasse a todos assumir o mesmo nível de cobertura. Parece justo ser permitindo aos que quiserem gastar mais em outro tipo de cuidados fazê-lo, por meio de um seguro suplementar.

### 2.5.2 Seguro prudente

Desta feita, o teste do *seguro prudente* permite responder às perguntas de quanto deve ser o gasto total do país com a assistência à saúde e de como devem ser distribuídos os bens e serviços de saúde entre os cidadãos. Mas dado que diferentes pessoas e grupos podem tomar diferentes decisões aplicando este princípio, ter-se-ia um aprofundamento da participação democrática e a necessária oitiva da opinião pública para solucionar tais demandas, e é neste exato momento que se percebe claramente a diferença de Dworkin em relação às propostas utilitaristas. Dworkin não supõe simplesmente uma discussão em termos de custo e benefício, mas incorpora valorações em torno do sentido público para a definição das prioridades em matéria de saúde.

A proposta do autor suscitou algumas críticas que merecem ser examinadas. González (1999) considera que a proposta de Dworkin é um bom ponto de partida e aceita a maioria de seus pressupostos. Contudo, mesmo reconhecendo que Dworkin acerta ao associar a ideia de direitos com as ideias de responsabilidades individuais e a de suposição dos custos das eleições próprias (tendo em conta que com recursos limitados algumas escolhas podem colidir com outras), González destaca que Dworkin, em certas ocasiões, leva a ideia de responsabilidade individual ao extremo, principalmente quando se põe em relevo as seguintes perspectivas: a ignorância ao problema da formação das convicções e a análise de que princípio do *seguro prudente* pode ter consequências discriminatórias.

No âmbito da primeira argumentação, González adverte que na teoria de Dworkin se dá o paradoxo de que “[...] prescreve igualdade em circunstâncias que a pessoa não tem controle e responsabiliza os indivíduos por suas convicções, mas ignora as condições de desigualdade que contribuíram para a formação das crenças [...]” (GONZÁLEZ, 1999, p. 602).

Deve-se destacar que é característica das propostas liberais entender como justo responsabilizar os indivíduos por ações e decisões voluntárias e injusto responsabilizar os indivíduos por ações e decisões involuntárias.

A proposta de Dworkin assume este princípio liberal, logo também é insensível ao fato de que a desigualdade real em circunstâncias involuntárias incide na formação das convicções e das preferências dos indivíduos. Esta dita

neutralidade liberal tende a respeitar incondicionalmente as convicções particulares e trata de evitar intervenções nas preferências e convicções por considerações referentes a se foram ou não adequadamente formadas.

Se por um lado isso é positivo na medida em que se evita o autoritarismo paternalista, por outro lado, é um fato incontestável que as preferências das pessoas são influenciadas por suas expectativas, já que os indivíduos adaptam suas preferências ao que, objetivamente, é possível realizar (ao que os indivíduos creem ser possível realizar).

Em relação à segunda argumentação, González (1999) assinala algumas objeções particulares ao princípio do *seguro prudente*, principalmente devido às consequências discriminatórias de sua aplicação, como as que seguem:

- a) o sistema público deveria excluir de suas prestações todas as que estão fora do que é considerada assistência média; mas isso, em consequência lógica, exclui por “imprudente” o custo de tratamento às doenças de assistência mínima, além de impossibilitar a pesquisa em saúde, tendo em vista seu alto custo (que também não seria realizada com fundos privados, em razão de sua pequena rentabilidade);
- b) existe uma discriminação em relação aos idosos, pois se segundo Dworkin a assistência regular não deve ser assegurada contra determinadas doenças da velhice, cujo tratamento é excessivamente caro e pouco efetivo e que as políticas públicas devem espelhar esse raciocínio, parece que a ideia de Dworkin traduz uma discriminação por idade em âmbito de direitos básicos.

Em resumo, pode-se afirmar que uma das virtudes principais do modelo desenvolvido por Dworkin do *seguro prudente* é a possibilidade de fixar e justificar uma cobertura universal para a proteção da saúde (e, portanto, fixar mínimos universais). Outra das virtudes do modelo é que o critério de justiça parece ser sensível às demandas e preferências individuais, e assim escapa das acusações de paternalismo estatal de que são acusados os sistemas de proteção universal.

Com relação à crítica de paternalista a que está sujeita a teoria de Dworkin, Añón (2009) destaca que num contexto em que uma porcentagem importante da população esteja desprovida de qualquer tipo de proteção, o problema do paternalismo estatal não é um problema relevante, ou melhor, nem mesmo é um problema, sobretudo em um sistema em que muitos não têm possibilidade de

decisão, e que na maioria das vezes um suposto paternalismo estatal é substituído por decisões de empresas seguradoras que almejam sempre e incessantemente o lucro.

Outra das virtudes do modelo de Dworkin é que permite também estabelecer critérios de justiça social para proteção da saúde mesmo em contextos de injustiça social na distribuição da riqueza. Parece fundamental contar com parâmetros que permitam estabelecer critérios intermediários de justiça para a assistência à saúde, ainda que uma distribuição razoavelmente justa da riqueza e de rendas não estejam no horizonte político imediato, ou seja, ainda que não existam as *condições estruturais* para uma sociedade justa. Em outras palavras, o acerto desta proposta é a capacidade de separar um modelo de proteção à saúde justo, sem fazer referência necessariamente a critérios estruturais do que seria uma sociedade justa.

Añón (2009, p. 108), a partir da crítica de González à Dworkin indaga:

¿ por qué la protección de la salud? ¿Qué tiene de especial la cuestión de la salud que merezca este tratamiento particularizado? ¿Por qué incluso en una sociedad estructuralmente desigual e incluso injustamente desigual en cuanto a la distribución de la riqueza sería mejor contar con criterios de justicia y con mecanismos igualadores (redistributivos) en materia de salud? ¿Acaso es un resto del 'principio de rescate' que Dworkin había sugerido abandonar por completo? Me atrevería a sugerir que la propuesta de Dworkin no acierta a responder a estas preguntas, a por qué la protección de la salud es tan singular que puede merecer una consideración separada.

No entanto, antes de se desenvolver de forma mais detida todas essas questões, torna-se imprescindível apresentar a concepção de saúde como bem público global, perspectiva que conduzirá à compreensão do direito à saúde neste trabalho.

## **2.6 Uma concepção de saúde como bem público global**

No âmbito do direito internacional se verifica a emergência de um paradigma pós-westfaliano, que caracteriza a saúde como um verdadeiro bem público global (FIDLER, 2004). Entende-se que as questões de saúde não podem ser encaradas como questões simplesmente nacionais. Há necessidade de um modelo de cooperação internacional que assente numa limitação da soberania, com respeito ao princípio fundamental da não-ingerência.

A consecução do direito à saúde deve superar o *estatocentrismo* e o mero interesse nacional. Deve-se, portanto buscar o desenvolvimento de teia normativa mundial, que seja capaz de superar os conflitos e tensões imbricados na fragmentação constitucional e organizacional das políticas de saúde. Por outro lado, não se deve perder de vista, a par da interdependência da temática da saúde, o papel decisivo desempenhado pelos Estados na promoção e proteção desse bem.

Entende-se que após Marshall (1967), torna-se inviável desconsiderar a ideia de cidadania social. Desta feita, a comunidade política deve garantir o instrumental necessário ao acesso a um conjunto de bens fundamentais independente da capacidade econômica dos indivíduos. Compreende-se que não deve ser o dinheiro ou o mérito os critérios de definição do que deve ser caracterizado como justo (WALZER, 1997), em saúde, mas sim, a necessidade de cada um. Nesta perspectiva, entende-se como Loureiro (2008, p. 40) que:

Falar hoje de direito à (proteção da) saúde implica ter presente a crise do Estado Social- parte da doutrina refere-se já a Estado pós-social. No entanto, a reação a certos aspectos patológicos do Estado Social – a sua versão obesa, o Estado Providência – não deve levar, na multiplicidade de adjetivações do Estado, a que o anunciado ‘Estado elegante’ se transforme num Estado anoréxico, incapaz de assegurar uma justiça material, assente, como escrevia Marcello Caetano, numa distribuição equitativa dos bens da vida, de modo a proporcionar a cada um a possibilidade de fruir, através da ‘igualdade de oportunidades’, um quinhão das riquezas culturais e materiais acumuladas pelo esforço colectivo.

Assim, entende-se que a saúde é um bem, um bem objeto do direito, um bem protegido e tutelado pelo direito em âmbitos nacional e internacional; bem que nasce da adjetivação de básico (FINNIS, 1982), primário (RAWLS, 1981) ou como condição para o desenvolvimento (SEN, 2000a).

Compreende-se, desta feita que a saúde é, ao mesmo tempo, um bem fundamental e um *superconceito* que, em seu bojo, abarca um conjunto de bens relacionados com a própria existência humana. Assim, por mais que se busque um conceito restrito de saúde, não se pode deixar de considerar a interrelacionalidade e a articulação da saúde com os demais bens biojurídicos.

Percebe-se que a saúde é um bem dotado de historicidade, estruturado no tempo e em diferentes contextos. No entanto, pode-se perceber que na Modernidade o conceito de saúde está relacionado com a ideia de bem-estar, de felicidade. Esses últimos elementos aparecem de forma específica na noção de saúde afirmada pela OMS. Loureiro (2008, p. 42) ressalta que a definição da OMS é

“[...] uma fonte de problemas, não escapando à acusação de formulação de uma falsidade e proclamação de uma utopia [...]” O autor destaca, ainda, o período de desenvolvimento do referido conceito, qual seja, imediatamente após o fim da II Grande Guerra, Loureiro (2008, p. 42) “[...] ensejou um entusiasmo que o desenvolvimento da saúde mundial seria um caminho e um contributo indispensável para a paz planetária.” O primeiro diretor da OMS, Brock Chisholm afirmou, em 1946, que:

The World is sick and the ills are due to the perversion of the man: his inability to live with himself. The microbe is not the enemy: science is sufficiently advanced to cope with it were not for the barriers of superstition... The scope of the task before the Committee knows no bounds (CALLAHAN, 1990, p. 35)<sup>19</sup>.

Compreende-se que em sua origem, o conceito de saúde está marcado pelo utilitarismo, pela fé nas possibilidades do Estado Social, que em sequência à destruição das guerras, a sociedade seria conduzida para um período de abundância e de bem-estar (LOUREIRO, 2008), embora se reconheçam as assertivas da argumentação de Loureiro, quanto às ressalvas ao conceito de saúde adotado pela OMS; no entanto, deve-se ter em conta que o conceito da OMS foi o resultado de um consenso internacional, posteriormente ratificado pela maioria dos países no mundo, e isto é muito significativo. Entende-se, como fez Sarlet (2007, p. 25), “[...] que os direitos fundamentais constituem construção definitivamente integrada ao patrimônio comum da humanidade [...]”, afirmativa demonstrada na gradativa consagração dos direitos, em especial, do direito à saúde, em diversos tratados, acordos, convenções e declarações internacionais.

Vale destacar, conforme fez Loureiro (2008, p. 43), que a saúde é um termo do binômio que integra a doença e, para melhor compreensão, cabe utilizar-se a riqueza da língua inglesa, quando emprega vocábulos diferentes em dependência do uso que se queira, pois veja-se: *disease* – a doença vista em termos médicos, *illness* – a doença vivida pelo paciente e *sickness*, ou seja, a dimensão sócio-cultural da doença.

Além disso, a saúde passa por um processo de reconfiguração que, numa perspectiva, reduz a uma dupla acepção a sua *naturalidade*, configurando de forma

---

<sup>19</sup> O mundo está doente e os males são devidos à perversão do homem, à sua inabilidade para viver com ele próprio. O micróbio não é o inimigo: a ciência é suficientemente avançada para o enfrentar, não fosse as barreiras da superstição. A extensão da tarefa perante o Comitê não conhece limites (tradução nossa).

mais direta a interferência do meio externo nos fatores determinantes da doença, assim como medicamentalizando a vida, substituindo a ideia de perigo pela ideia de risco, ampliando, ainda mais, as capacidades de intervenção da medicina. Assiste-se a uma reformulação do conceito de saúde em decorrência da revolução genética. Reconhece-se que a saúde é um bem pessoal, mas que também é um bem público (saúde pública), o que exige a participação de terceiros, pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais e internacionais.

O conceito de saúde, assim como ocorre em bens de alta complexidade, é marcado pela interdependência entre os fatos e as ações que a põem em causa, da mesma forma que as medidas positivas destinadas à sua conservação e promoção. Desta feita, falar de saúde significa fazer referência às ações do próprio indivíduo (condutas e estilos de vida), às ingerências de terceiros (particulares e o Estado), os riscos coletivos, bem como, aos perigos resultantes de fatos naturais: calamidades e catástrofes.

Todos esses elementos põem em evidência questões jurídicas essenciais, destacadas por Loureiro (2008):

- a) a responsabilidade de cada um, como dever fundamental, de proteger a própria saúde, independente de seus reflexos para terceiros. E o problema, referente a sistemas de saúde universais, em que sempre haverá reflexo para todos, daí a necessidade da discussão sobre a justiça distributiva;
- b) no que se refere à ação das outras pessoas, em especial, empresas e indústrias, aqui em termos jurídicos, fala-se do princípio da precaução;
- c) em relação aos riscos coletivos, deve-se ter em conta os danos causados pelo homem em sociedade, o que impõe medidas governamentais, no cumprimento de deveres de proteção, com imposição de limites à liberdade dos indivíduos;
- d) no que diz respeito às catástrofes naturais põe-se em relevo a responsabilidade do Estado no que se refere à prevenção e a recuperação.

Por fim, em relação às medidas positivas para a conservação e promoção da saúde, importa destacar os cuidados de saúde compreendidos nos âmbitos de recuperação (incluídas prestações médicas e medicamentos) e nos âmbitos de prevenção e promoção, incluindo outros fatores que contribuem decisivamente com

a saúde, tais como a educação, a alimentação, a habitação, o desenvolvimento, a liberdade, o ambiente etc. Em termos internacionais, Loureiro (2008, p. 46-47) sublinha que a interdependência da saúde,

Articulada com outros factores designados como “pré-condições para a saúde”, como água potável, saneamento e alimentação adequados, saúde ambiental, saúde ocupacional, informação relativa à saúde.

Em termos do seu conteúdo no quadro internacional, os cuidados de saúde não se restringem aos que são prestados por médicos, mas alargam-se aos de outros profissionais de saúde (enfermeiros, paramédicos, etc); compreendem cuidados primários, secundários e terciários; incluem também o campo da saúde mental.

Pressupõe-se que a saúde é um bem fundamental. A partir dessa concepção, torna-se necessário identificar o sistema normativo e as normas aplicáveis no contexto mundial. Assim, quando se trata do direito à saúde, neste trabalho, adota-se uma perspectiva jus-internacionalista, que aponta a saúde como um direito humano essencial. Deve-se, no entanto, ressaltar que embora o direito à saúde esteja consagrado em diversos instrumentos internacionais, no âmbito de sua tutela, o Estado continua representando o principal ator no âmbito de sua efetivação. Desse modo, quando se trata do direito à saúde impõe-se indicar o sistema de referência considerado: direito internacional; direito comunitário e/ou direito nacional.

Como torna-se-ia extremante problemático para a dimensão deste trabalho abordar os diferentes Estados no processo de tutela e aplicação do direito à saúde, ter-se-á por finalidade analisar o direito à saúde em seu contexto global, com todos os problemas que a expressão *global* encerra. Assim, preocupar-se-á com a questão da fundamentação dos direitos em geral e do direito à saúde em particular. Em relação à reestruturação da normatividade da saúde, verifica-se:

- a) um relevo crescente a perspectiva inter e supranacionais do conceito de saúde;
- b) uma transformação do conceito de soberania, numa época em que se constrói, com todas as suas vicissitudes, *uma sociedade mundial*;
- c) a ideia de que a saúde é um bem fundamental que deve estar presente em normas internacionais; e
- d) a necessária proteção da saúde em termos mundiais.

Loureiro (2008, p. 49) enfatiza que:

Em matéria de proteção da saúde, como, aliás, noutros domínios, o “globalismo”, isto é, a redução da globalização à sua face meramente económica tem conduzido a uma eliminação das tradicionais barreiras protectoras do Estado sem que tenha sido acompanhado de suficiente medidas de proteção positiva. Este facto reforçou as críticas, em termos de



legitimação, a instância de decisão transnacionais, sendo o caso de escola a Organização Mundial do Comércio.

Em termos de delimitação do objeto da presente exposição, tem-se que o chamado direito à saúde deve ser compreendido como posição jurídica objetiva, ou seja, um direito à proteção da saúde como correlativo da obrigação dos Estados-Membros dos Organismos Internacionais de impedir condutas de outros (pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas), aptas a prejudicarem a saúde dos seus titulares, bem como na perspectiva de que os governos (dos Estados-Membros) devem atuar no sentido de implementar as diretrizes traçadas pelos acordos/tratados internacionais de saúde, como condição *sine qua non* para a redução das iniquidades em saúde e, por conseguinte, das desigualdades sociais e vice-versa.

Neste texto, utilizar-se-á como sistema de referência o direito internacional da saúde, assentado, fundamentalmente, na Carta das Nações Unidas; na Constituição da Organização Mundial de Saúde; na Declaração Universal de Direitos Humanos; no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e na Agenda da Saúde para a Região das Américas 2008-2017. Na perspectiva desenvolvida por Trindade (apud PIOVESAN, 2011, p. 45):

Na interpretação dos tratados de direitos humanos, a chamada autonomia da vontade das partes cede espaço à fiel realização de seu objeto e propósito. O caráter objetivo das obrigações convencionais sobrepõe-se à identificação das intenções subjetivas das partes. Impõe-se uma interpretação necessariamente restritiva das limitações e derrogações permissíveis em relação ao exercício dos direitos protegidos, não havendo lugar para limitações implícitas. Os termos e conceitos consagrados nos tratados de direitos humanos se revestem de um sentido autônomo, independente do que lhes é atribuído nos sistemas jurídicos nacionais. Na interpretação dos tratados de direitos humanos tem prevalecido a natureza objetiva das obrigações que consagram, voltadas à proteção dos direitos humanos, o que equivale a uma interpretação em busca da realização do propósito último desses tratados, qual seja, a proteção dos direitos do ser humano.

Após a configuração do sistema de referência que conduz a compreensão do direito à saúde, no presente texto, devem ser exploradas as propostas baseadas na idéia de necessidades (básicas) e/ou de capacidades (básicas) como fios condutores de uma análise efetiva sobre o direito à saúde, temática a ser abordada no próximo capítulo.

### 3 NECESSIDADES BÁSICAS E IGUALDADE DE OPORTUNIDADES COMO FIOS CONDUTORES DE UMA ANÁLISE DO DIREITO À SAÚDE

De acordo com a análise precedente, Dworkin (2000) desconfia da ideia de *necessidades*, ao menos por dois motivos fundamentais, quais sejam: em primeiro lugar, porque a ideia de necessidade está vinculada à *regra do resgate* (a igualdade deve estruturar-se segundo as necessidades de cada um) e, para o autor, a *regra do resgate* é inadequada. Em segundo lugar, na definição de necessidade parecem intervir elementos subjetivos que são pouco manejáveis, incluindo valorações morais diferentes, com os quais uma sociedade liberal não deve se comprometer (tendo em vista que isso supõe uma resposta do tipo perfeccionista).

Dworkin (2000), em palestra que se tornou célebre no contexto da discussão em torno das limitações materiais à efetivação do direito à saúde, descreve em três fundamentos o que denomina *modelo clássico ou do isolamento* (insulation model of health care distribution) da justiça sanitária: a saúde seria o bem mais importante do indivíduo; o critério de sua distribuição seria do acesso pela necessidade, independentemente do custo; isso implica para a sociedade a *regra do resgate* (principle of rescue), pela qual não se tolera que alguém venha a sofrer ou morrer, quando se pode aliviar o sofrimento ou postergar a morte. Globekne (2011), em oposição apresenta um modelo em que:

- a) há outros bens que concorrem com a saúde como educação, segurança, previdência e assistência social;
- b) o critério da necessidade se torna complexo em face da interpretação do que seja, de fato, uma necessidade; e, por último,
- c) o critério do resgate choca-se com muitas das intuições sobre prioridades sanitárias (manutenção de enfermos terminais em estado vegetativo, chances de sobrevivência, etc.).

Dworkin (2000) conclui que seria ingênuo, e mesmo imoral, em um contexto inevitável de escassez de recursos, menosprezar os custos reais das decisões.

Em relação ao primeiro ponto, as reflexões de Dworkin, em torno da inadequação da *regra do resgate*, parecem válidas, na medida em que este princípio não se apresenta como um princípio medianamente razoável para dar solução às questões que se deve enfrentar.

Para Añón (2009), a consequência disso, em relação à idéia das necessidades, não é que se deva abandoná-las, mas que qualquer teoria das *necessidades sanitárias* que se proponha a dar uma solução razoável à questão dos limites da proteção da saúde, deverá abandonar a *regra do resgate* e justificar, não apenas um limite mínimo, como também um modo plausível de frear uma possível expansão ilimitada das *necessidades* (já que a assistência à saúde e suas demandas possui vocação ilimitada).

Por isso, essa primeira objeção estabelece melhor um limite ou um requisito que toda teoria (das necessidades em saúde) razoável (ou toda teoria das necessidades) deva satisfazer; mas, ressalte-se, isso não impossibilita, de plano, analisar tais propostas.

Em Ribeiro e Schramm (2004, p. 1143), observa-se que:

A percepção da complexidade e conflituosidade do contexto social caracterizado pelos componentes do progresso biomédico, do bem-estar ampliado e do pluralismo moral, tem contribuído para fazer florescer uma consciência sobre a necessidade de uma "cultura dos limites", entendida como o conjunto de questionamentos sobre a crença num progresso infinito da sociedade humana, em relação com o progresso tecnocientífico e, em particular, ao aumento da capacidade da medicina de satisfazer os nossos desejos e necessidades de saúde, seja em relação à ampliação progressiva dos direitos humanos e do conceito de saúde. De acordo com esta tomada de consciência, supõe-se que os recursos são finitos e escassos, frente às crescentes demandas de serviços por parte da população, o que implicaria inevitavelmente formas de priorização para a sua utilização correta, isto é, ao mesmo tempo eficaz, eficiente e efetiva, mas também moralmente legítima.

Em relação à segunda questão, afirmou-se que na definição das necessidades em saúde, há intervenção de elementos que incluem valorações morais diferentes. Afirmou-se, ainda, que uma concepção liberal não deve se comprometer com nenhuma valoração moral.

Nisso há uma polarização entre aqueles que entendem as necessidades humanas como valor relativo, que dependem das opções individuais e das possibilidades que cada pessoa e sua família tenham para adquiri-las no mercado (corrente liberal) e que relacionam necessidade com capacidade de consumo, e entre aqueles que entendem as necessidades como um processo determinante da vida e cuja realização (como capacidade) se constitui em um direito humano inalienável, a que se deve ter acesso sob uma distribuição equitativa e segura para todos os membros de uma sociedade que deve ser construída solidariamente (corrente solidária) (GLOBEKNE, 2011).

Há uma inquestionável relatividade no conceito de necessidade que se manifesta no fato de não haver uma linha divisória clara entre o que seja necessidade e o que seja desejo no campo sanitário, uma vez que o aspecto social e psicológico integra o conceito de bem-estar, e sob essa perspectiva, a subjetividade na classificação das necessidades e aspirações torna-se inevitável (GLOBEKNE, 2011).

Puyol alerta para as dificuldades em extrair de uma teoria das necessidades, critérios para decisões alocativas concretas. O critério de necessidade é condicionado à variação e interpretação do que seja uma necessidade, pois na sua definição intervêm valores morais diferentes e não-mensuráveis.

O mencionado autor reconhece, entretanto, a possibilidade de mínimos éticos universalizadores para a conformação do conceito de necessidade, algo entre a pretensa neutralidade ética absoluta e o também preteso relativismo ético absoluto e indiferente (GLOBEKNE, 2011). Frente a estas objeções, González (1999, p. 602) tem apresentado uma resposta incisiva:

Puede que el aborto sea un caso donde cuenten mucho las convicciones éticas inconmensurables, pero el deseo de evitar el dolor, de curar a un hijo enfermo o de vacunar a una población contra la malaria no son simples preferencias personales, ni tampoco convicciones éticas inconmensurables.

Contudo, à margem da contundência retórica dessa resposta, é conveniente examinar com maior detalhe essa objeção e avaliar se a definição de uma teoria das necessidades em saúde representa um comprometimento com uma resposta perfeccionista moral dos sujeitos ou se, pelo contrário, o reconhecimento de certas necessidades básicas resulta de um requisito da perspectiva perfeccionista.

Se essas duas objeções que circundam a ideia de necessidades em saúde caracterizam-se como intransponíveis, cabe, em vez disso, perguntar se é possível (tal como ensaiava Dworkin) justificar um mínimo exigível de proteção à saúde, sem apelar a qualquer conceito de saúde ou à qualquer teoria sobre *necessidades básicas em matéria de saúde*.

Dworkin (2000) se propõe a, como visto no capítulo precedente, justificar um mínimo exigível de proteção à saúde, por meio do mecanismo do *seguro prudente*, tratando, assim, de evitar a definição de *necessidades*, de *necessidades em saúde* e de *saúde*.

Daniels (1981) observa que as aproximações baseadas em seguros saúde e o mercado, longe de prescindir de uma concepção das *necessidades em saúde*, devem assumir uma concepção, ainda que implícita de *necessidades*. Para esse autor, essas aproximações põem as necessidades de proteção à saúde no mesmo patamar que outros desejos e preferências, deixando-as entrar em competição pelos recursos, e o que é pior, baseadas apenas nos requisitos de competição do mercado.

### **3.1 Teoria das necessidades de atenção à saúde**

Norman Daniels (1981) aponta a necessidade de desenvolvimento de uma teoria das necessidades de atenção à saúde, com dois propósitos centrais: o primeiro, de responder por que se entende ou, pelo menos, por que a maioria das sociedades entende que a atenção à saúde é especial e deve ser tratada diferentemente de outros bens sociais; o segundo, de oferecer uma base para se distinguir a mais e a menos importante entre as múltiplas necessidades de atenção à saúde. Assim, uma teoria das necessidades de atenção em saúde deveria enfrentar dois julgamentos: se há algo especialmente importante sobre cuidados em saúde; e se algumas espécies de cuidados em saúde são mais importantes que outras (GLOBEKNE, 2011).

Daniels assinala, assim, para a questão da perda de oportunidades para quem não está ou não é saudável, ou seja, o prejuízo do acesso pelas pessoas ao que seria uma vida normal e produtiva na sociedade. O justo em saúde significaria proteger as oportunidades dos indivíduos, considerando que os recursos públicos seriam finitos, mas as demandas em saúde, não. Essa questão alocativa reforçaria a necessidade de que o Estado, por meio da política de saúde, determinasse quais demandas são necessidades legítimas.

Desse modo, independentemente do tipo de sistema de saúde de determinado país, existiria um fator presente em todos eles, mesmo que de maneira não declarada: o estabelecimento de prioridades em virtude de recursos escassos, estabelecidas de acordo com as oportunidades de gozo de uma vida produtiva pelas pessoas (COSTA; BORGES, 2010).

Segundo essa concepção, o debate se deslocaria para a inevitabilidade de haver alocação de recursos em saúde e o desafio seria realizá-la de maneira

justa. Ao se avaliar se a definição de prioridades é arbitrária; se é feita sem considerar as necessidades reais dos pacientes; se é transparente para que as pessoas afetadas por elas saibam por que são feitas, os países se deparariam com o problema da legitimidade, ou seja, com a questão da aceitabilidade dos limites impostos pela população.

A referida legitimidade só pode ser alcançada e garantir a alocação justa em saúde, se a política estiver desenhada em consonância com quatro elementos fundamentais: ser pública, relevante, regulada pelo Estado e passível de contestação (COSTA; BORGES, 2010).

No entanto, para Daniels, longe de evitar a inconveniência de desenvolver uma teoria das necessidades, essa perspectiva é uma concepção das necessidades em saúde; uma concepção que as concebe como um tipo de preferência entre outras muitas, deixando à margem a especialidade para a exigência de recursos sociais (DANIELS, 1981).

O autor supracitado (1981) considera a possibilidade de caracterização de categorias relevantes e objetivamente atribuíveis à qualquer pessoa ou sociedade. Além disso, recorre ao conceito formulado por David Braybrooke diz que:

*[...] necessidades curso-de-vida (course-of-life needs) e necessidades casuais (adventitious needs). Necessidades curso-de-vida são aquelas que as pessoas [...] têm, todas, através de suas vidas ou em certos estágios da vida através dos quais todos devemos passar. Necessidades casuais ocorrem em face de projetos particulares contingentes, mesmo que duradouras, nos quais nos envolvemos. Necessidades curso-de-vida humanas incluiriam comida, abrigo, vestuário, exercícios, descansos, companhia, um(a) parceiro(a) e assim por diante. Tais necessidades não são elas mesmas deficiências, mas a deficiência com relação a elas [...] coloca em risco o normal funcionamento do sujeito da necessidade considerado como um membro da espécie natural. (apud GLOBEKNE, 2011, p. 65).*

Ribeiro e Schramm (2004, p. 113) esclarecem ainda que:

Daniels tenta desenvolver um rawlsiano crítico. Preocupa-se em adaptar a teoria de Rawls ao campo da saúde, não existiria uma teoria da atenção à saúde implícita na "justiça como equidade" de Rawls, porque esta só se aplicaria a indivíduos que são membros reconhecidos e plenamente cooperativos da sociedade. Por isso, a estratégia desse autor para realizar a "justiça como equidade", incluindo-se aí as instituições de atenção à saúde, seria a de fazer com que estas fossem reguladas pelo princípio da justa igualdade de oportunidade. Em outros termos, o objetivo do sistema de atenção à saúde seria o de permitir que os cidadãos mantivessem o funcionamento normal da espécie, visto que, nos processos de adoecimento ocorrem impedimentos deste funcionamento, reduzindo-se, portanto, a gama de oportunidades que os indivíduos têm para construir planos de vida e revisá-los através do tempo.

Deve-se destacar que o esquema de mercado idealizado na visão de Dworkin não escapa a essa observação. Em todo caso, deve-se considerar que seu tratamento específico à saúde não é concordante com essa concepção implícita, posto que ao assumir aparentemente uma concepção implícita diferente (que parece conceder à proteção à saúde uma importância singular) se tem mais patente a necessidade de justificar as bases da relevância do *bem* saúde frente a outros *bens*.

Deve-se, então, examinar se a teorização a respeito das necessidades básicas (em matéria de saúde) exige comprometer-se com uma concepção moral particular, cuja imposição como critério de distribuição de recursos supõe uma resposta perfeccionista que ponha em perigo a autonomia moral dos indivíduos (embora possa parecer que a própria ideia de necessidades básicas seja contraditória ao liberalismo, o que demonstra perfeitamente lógico e coerente que um autor como Dworkin exclua o reconhecimento dessas necessidades básicas).

Santiago Nino (2007) oferece uma visão alternativa a essas proposições, considerando, pelo contrário, que o reconhecimento das necessidades básicas tem um papel relevante no reconhecimento de uma concepção liberal de sociedade.

### 3.1.1 O papel relevante das necessidades básicas no reconhecimento de uma concepção liberal de sociedade.

Na obra *Ética y derechos humanos*, publicada originalmente em 1984, são apresentados os princípios morais que fundamentam os direitos: princípio da autonomia, princípio da inviolabilidade e princípio da dignidade humana (HONÓRIO, 2011).

O princípio da autonomia assegura a livre escolha e realização de planos de vida. Assim, refuta o perfeccionismo, entendido como a legitimidade da ação que impõe ideais de excelência pessoal. A autonomia pessoal prescreve que:

[...] sendo valiosa a livre escolha individual de planos de vida e a adoção de ideais de excelência humana, o Estado (e os demais indivíduos) não deve interferir nessa escolha ou adoção, limitando-se a desenhar instituições que facilitem a persecução individual desses planos de vida e a satisfação dos ideais de virtude que cada um sustente, e impedindo a interferência mútua no curso de tal persecução. (NINO, 2007, p. 204-205).

Todavia, quando estão em jogo princípios não autorreferentes, e sim intersubjetivos, “[...] que valoram as ações dos indivíduos, tendo em vista seus efeitos sobre bens e interesses de outros indivíduos (como a proibição de matar)

[...]” (HONÓRIO, 2011, p. 37), justifica-se a limitação da autonomia de uns para preservar a autonomia de outros.

Do princípio da autonomia decorrem direitos que protegem as condições necessárias para a realização dos ideais e planos de vida baseados na liberdade. Afinal, se alguém não tem os meios para satisfazer o plano de vida escolhido, não se pode dizer que tenha real capacidade de escolhê-lo. Aqui se pode notar a contribuição de Santiago Nino para a fundamentação de um dever de garantia de condições materiais de existência.

Os bens que são indispensáveis para a eleição e materialização dos planos de vida são principalmente os seguintes: vida consciente, integridade (saúde) corporal e psicológica, liberdade frente a possíveis obstáculos ao bom funcionamento do corpo e da psique, liberdade de expressão de ideias e atitudes religiosas, científicas, artísticas e políticas, liberdade em relação à vida privada, liberdade de associação, acesso a recursos materiais, liberdade de trabalho, disponibilidade de tempo livre e seguridade social em caso de privação dos bens citados.

Enunciam-se, assim, elementos de um mínimo existencial. Por sua vez, o princípio da inviolabilidade da pessoa “[...] atua como limitador do princípio da autonomia, na medida em que proíbe a restrição da autonomia de uns com a finalidade de incrementar a autonomia dos outros indivíduos.” (HONÓRIO, 2011, p. 37).

O princípio é enunciado como a proibição de impor aos homens, contra sua vontade, sacrifícios e privações que não redundem em seu próprio benefício. Veda-se a privação de bens sem que com isso se ofereça benefício ao afetado. O reconhecimento de direitos decorrentes do princípio da inviolabilidade da pessoa implica não apenas limitação à persecução de objetivos coletivos no âmbito de aplicação desses direitos, como também, em alguns casos, a decisões majoritárias tomadas na seara democrática. Impede-se a limitação da autonomia com base no interesse público ou para aumentar a autonomia de outras pessoas, pois isso equivaleria a utilizar alguém como simples meio (HONÓRIO, 2011).

Afirmou-se, então, que os indivíduos são dotados de autonomia para gerir sua vida, sendo vedada a imposição de ideais de excelência pessoal. Entretanto, essa autonomia não pode ser exercida para diminuir a autonomia de outras pessoas – o que configura uma limitação à autonomia. Contudo, a restrição da liberdade vai



de encontro ao pensamento liberal, ao qual se filia Nino. Para resolver essa situação, é formulado o princípio da dignidade humana. Pelo princípio da dignidade da pessoa, “[...] os homens devem ser tratados segundo suas decisões, intenções ou manifestações de consentimento [...]” (HONÓRIO, 2011, p. 38), do que decorre a ilegitimidade de medidas que estabeleçam *discrimens* com base em fatores alheios à vontade individual (como a cor da pele, por exemplo).

Esse princípio, ao levar a sério o consentimento individual, opõe-se ao determinismo, que considera que as manifestações de vontade estão condicionadas e causalmente determinadas. De acordo com o princípio da dignidade da pessoa, as decisões devem ser consideradas como partes do plano de vida do indivíduo, devendo ser mantidas, portanto, as consequências da ação voluntariamente escolhida, pois foram previamente aceitas e integradas ao referido plano.

Desta feita, Honório (2011, p. 39) pontua que:

[...] princípio da dignidade da pessoa, na obra de Nino, visa a neutralizar as implicações antiliberais que adviriam da aplicação irrestrita dos outros dois princípios, autorizando restrições à autonomia dos indivíduos, quando estas restrições sejam aceitas pelos próprios afetados.

São consideradas válidas decisões pessoais que restrinjam a autonomia de forma consentida, principalmente tendo por finalidade incrementar a autonomia de outras pessoas. Certamente o princípio é afastado quando a vontade manifestada for débil ou viciada.

Na obra *La constitución de la democracia deliberativa*, originalmente de 1993, os três princípios morais referidos são consolidados como fundamentação de uma série de direitos individuais (HONÓRIO, 2011). Todavia, Santiago Nino (1997) admite que os princípios enunciados, apesar de importantes, não resolvem problemas relacionados à *implementação de prestações básicas*. É que o reconhecimento de direitos prestacionais envolve a tensão entre liberalismo e igualitarismo. Não obstante, Nino (1997) contorna a problemática, sustentando a compatibilidade entre os valores da igualdade e da liberdade, o que conduz a uma igual distribuição da liberdade.

[...] a tensão aparente entre igualdade e liberdade pode ser evitada com a reformulação do princípio da inviolabilidade da pessoa. Em outra versão, esse princípio proíbe apenas que seja diminuída a inviolabilidade da pessoa levando-a a um nível inferior ao que gozam as demais. (NINO, 1997, p.34).

O liberalismo genuinamente igualitário é a concepção mais plausível para abraçar os princípios liberais. Nesse sentido, estabelece-se uma igualdade entre os

indivíduos, mas não uma igualdade estrita, na medida em que não se trata de nivelção, mas de não exploração. Uma maior autonomia passa a ser ilegítima quando é obtida mediante a diminuição da autonomia de outras pessoas. Em outro sentido, “[...] uma pessoa poderá ter sua liberdade restringida se isso se dá a fim de garantir que outra pessoa, cujo grau de liberdade seja inferior, tenha sua condição melhorada.” (HONÓRIO, 2011, p. 40).

Essa posição permite o reconhecimento de direitos como saúde, salário justo e moradia. São direitos que não apresentam distinção ontológica em relação aos direitos individuais, pois consistem em defesas contra ingerências, sejam omissivas ou comissivas.

A partir dessas considerações, pode-se vislumbrar na obra de Santiago Nino a garantia de condições materiais para o desenvolvimento dos planos de vida pessoais, ou seja, para a autonomia. Nos direitos básicos decorrentes do princípio moral da autonomia – notadamente a vida, integridade corporal e psicológica, acesso a recursos materiais e seguridade social – percebe-se referência à proteção de um mínimo existencial. A proposta de Nino (1990, p. 34) sugere:

Concepto de necesidades básicas no sólo sería central en una concepción liberal de la sociedad, sino que haría puente – al permitir su satisfacción simultánea – entre las dos ideas básicas del liberalismo: la de que los fines de los individuos deben ser respetados y la de que todo individuo es un fin en sí mismo.

Entende-se, no exame da proposta de Santiago Nino, que interessa menos a discussão sobre o conceito e os pressupostos do liberalismo, que examinar a plausibilidade da segunda objeção ao conceito de necessidades, aquela que afirma que qualquer conceito de *necesidades básicas* inclui valorações morais diferentes e uma determinada concepção da natureza humana, com a qual o compromisso público com a ideia de necessidade significa uma resposta perfeccionista injustificada.

Nino (1990) considera que determinadas necessidades categóricas, ou seja, aquelas que não dependem dos desejos ou preferências dos agentes, já estão justificadas na concepção liberal (na medida em que são pré-requisitos da autonomia). A autonomia pessoal é o valor básico da concepção liberal, mas para o autor, deve-se levar em conta que a autonomia possui duas vertentes: sua criação e seu exercício.

O mesmo autor defende que a criação da autonomia (mediante a satisfação das necessidades básicas) tem precedência sobre as meras preferências na distribuição dos recursos ou capacidades. Precedência não significa exclusão, mas exige uma obrigação de terceiros (inclusive do Estado) em atender à satisfação das necessidades dos indivíduos, na medida em que isso suponha uma maximização igualitária de suas capacidades, para que cada indivíduo possa exercer autonomamente essas capacidades nas múltiplas alternativas que se oferecem para sua autorrealização (o que inclui a possibilidade de usar de forma insuficiente ou desequilibrada de tais capacidades, o qual nem exige nem justifica uma intervenção de terceiro para ajustá-las ou corrigi-las).

Para Nino (1990) esta concepção (que se identifica apressadamente com o liberalismo) supõe guardar um difícil equilíbrio entre o perfeccionismo e o utilitarismo. Ele ainda afirma que:

El liberalismo ocupa una posición intermedia e inestable entre dos teorías opuestas que él rechaza: por un lado, la visión perfeccionista de acuerdo a la cual los deseos o preferencias personales no constituyen razón alguna para justificaciones o medidas que las únicas razones justificatorias de tales medidas o acciones son las que válidamente, según una cierta concepción verdadera del bien, fundamentan ciertas preferencias personales. La posición opuesta es la utilitarista que adopta una concepción del bien según la cual hay razones para satisfacer preferencias personales, cualquiera que sea su contenido, y tomando en cuenta su alcance e intensidad. (NINO, 1990, p. 27-28).

Na sua proposta, o imperativo de igualar os indivíduos na dimensão de suas capacidades e a satisfação de certas necessidades básicas categóricas, significa atender à criação das condições para formulação autônoma das preferências, como também, em certo grau, não ter em conta a satisfação de algumas preferências livremente formadas.

Dito de outra maneira, é o próprio valor da autonomia, sua criação mediante a criação de capacidades, o que justifica não ter em conta em determinados casos a satisfação de certas preferências. Nesse sentido, a proposta de precedência da criação de autonomia sobre o seu exercício, mediante a satisfação das necessidades para uma maximização igualitária das capacidades, não é totalmente neutra frente às diversas concepções de *bem*, na medida em que a autonomia é um valor central desta proposta.

Seja qual for o mérito e as implicações da proposta de Santiago Nino, em relação à essa argumentação, pode-se depreender que a ideia da satisfação das necessidades básicas não tem porque cair necessariamente num perfeccionismo

injustificado (que defenda e imponha uma concepção particular de *bem*), ou mais exatamente, que na medida em que se vincula a satisfação das necessidades básicas com a criação das condições para o exercício da autonomia, estas aparecem vinculadas com uma concepção que tem como central o valor da autonomia e que justificará limitações à satisfação de determinadas preferências, na medida em que seja necessário garantir uma divisão igualitária das capacidades de cada um para garantir uma vida autônoma e para que o indivíduo possa se autorrealizar.

Com distintos acentos e refinamentos, a ideia de vinculação entre a satisfação de determinadas necessidades básicas e a criação de autonomia apontada por Nino (1990), é desenvolvida por outros autores ao ocuparam-se da fundamentação e do alcance do direito à saúde; da fundamentação dos direitos sociais de prestação, ou melhor, na construção de uma fundamentação teórica plausível dos conceitos de justiça social e igualdade.

Pode-se refletir que a acusação de que falar de necessidades básicas e do imperativo de sua satisfação implica introduzir valorações morais que suponham favorecer uma concreta noção de bem e de uma condução a soluções perfeccionistas, não é um argumento concludente contra o uso dessa noção ou contra o imperativo de sua satisfação, na medida em que a satisfação de necessidades básicas se vincula, de alguma forma, com a ideia de autonomia pessoal, considerando-a como um pré-requisito (ou como um elemento imprescindível para a criação dessa autonomia, ou para evitar que as decisões de terceiros possam causar dano ou corrompê-las) a objeção perde sentido, posto que a objeção se embasa na repulsa a soluções perfeccionistas, mas a fundamentação última da recusa ao perfeccionismo fragiliza o valor da autonomia das pessoas.

Somente a partir da apreensão de que a única forma de causar dano à autonomia pessoal provém do Estado (e esta não é a posição de Dworkin) é que se pode considerar a objeção como definitiva. Añón defende, com boas razões, que a autonomia pessoal e social não é um dado, mas uma criação/recriação e para isso, a existência de certas condições materiais também deve alcançar a todos na medida em que se queira autonomia para todos.

Contudo, para Añón (2009), a questão das necessidades básicas levanta no mínimo dois tipos de problema: em primeiro lugar, que conceito de necessidade básica adotar e, nesse sentido, como identificar as necessidades básicas; em

segundo, como passar da constância da existência de determinadas necessidades básicas à fundamentação de determinados direitos ou, o que é o mesmo, como conectar mediante a noção de necessidades – se é possível – o ser e dever ser.

No que se refere ao primeiro problema, Roig (1994) entende que os principais modelos conceituais de necessidades podem ser reduzidos a três, quais sejam:

- a) a perspectiva ontológico-histórica, remetida a Marx e a sua concepção da natureza humana como totalidade de capacidades que se realizam sob a pressão da existência material através das necessidades, seu conceito de necessidades alienadas e de falsas necessidades;
- b) a perspectiva da motivação do comportamento que busca explicar, através dessas necessidades, os mecanismos de motivação das condutas que caracterizam o homem, a partir de Fromm e Marcuse;
- c) e ainda a partir da noção de dano ou privação como uma concepção negativa da definição para a qual remete a perspectiva de desenvolvimento e as provenientes do conceito de bem-estar.

A partir das análises dessas perspectivas, Roig (1994) conclui que nenhuma delas considerada isoladamente é capaz de explicar as necessidades. As necessidades são expressão da posição de dependência dos homens em relação ao contexto que os rodeia e a que pertencem, numa relação de troca dinâmica em que eles obtenham as condições para sua existência, posto que as necessidades remetem às ações humanas e à ordem das objetivações sociais e culturais.

Por isso, não podem ser explicadas a partir dessas concepções mecanicistas, nem são condicionadas completamente ao contexto social. Tendo em vista que as necessidades são de ordem fisiológica e de sociabilidade humana, entende-se, assim que o núcleo das necessidades é, simultaneamente, psicológico e social.

Roig (1994) assinala, ainda, que as necessidades não se mantêm estáticas o tempo todo, mas crescem, modificam-se e se complicam por meio das interações humanas. Dessa forma, entende-se as necessidades como a expressão da capacidade do ser humano para transcender os limites de sua existência e influir no mundo, segundo seus interesses e objetivos, dando lugar às ações humanas.

O supracitado autor, em sua análise, diferencia as necessidades de suas satisfações, mas não nega sua relação intrínseca, visto que a falta da satisfação

constitui indícios empíricos da presença de uma necessidade. Assim, Roig (1994, p. 193) define a necessidade como:

Una situación o estado de dependencia, predicado siempre de una persona que tiene un carácter insoslayable, puesto que experimenta un sufrimiento o un daño grave, y dicha situación va a mantenerse exactamente en las mismas condiciones, porque no existe una alternativa racional y práctica que no sea su satisfacción, realización o cumplimiento. La idea de sufrimiento o daño concurre, pues, junto con los rasgos indicados, insoslayabilidad y ausencia de una situación alternativa o imposibilidad de una situación futura sustitutoria acorde con una previsión lo más realista posible.

Por outro lado, Nussbaum (1998) propõe uma tentativa (talvez mais ambiciosa e por isso com maiores dificuldades) de estabelecer um catálogo de necessidades, mediante uma construção, com vocação universalista que intente quando for possível *cruzar abismos religiosos, culturais e metafísicos*.

Para isso, parte de duas considerações: em primeiro lugar, que todos os indivíduos consideram os outros humanos como seres humanos, apesar das diferenças de tempo e lugar; em segundo lugar, que existe um consenso geral sobre certas características cuja ausência significa o fim de uma forma humana de vida. Contudo, Nussbaum (1998) tem que pensar em traços que são e devem ser abertos para permitir a aprendizagem entre diferentes culturas ou reconhecer novas possibilidades na própria cultura.

### 3.1.2 Possibilidade de construção de um catálogo de necessidades básicas e da hierarquização das necessidades em saúde

Com essas considerações, Nussbaum (1998), elabora uma lista de necessidades, ainda que de caráter aberto, intuitiva e heterogênea. Nela se podem distinguir dois níveis de necessidades. No primeiro nível se insere o essencial da forma de vida humana, abaixo da qual não se pode falar de vida humana (na qual se inclui a mortalidade, o corpo humano (a fome e a sede, a sexualidade, a necessidade de alojamento, a mobilidade), a capacidade de prazer e de dor, a faculdade cognitiva, o desenvolvimento na primeira infância, a razão prática, a sociabilidade com outros seres humanos, a relação com outras espécies e com a natureza, o humor a diversão e a separação e a independência).

Em segundo lugar, há uma série de capacidades funcionais humanas básicas, de um nível mais elevado que o anterior e que abaixo do qual não se pode

falar de uma vida boa ou desejável. Aqui se inclui a capacidade de ter longevidade, ter boa saúde, evitar a dor e ter experiências agradáveis, usar os cinco sentidos, relacionar-se com pessoas e desenvolver relações afetivas, formar uma concepção de bem e construir capacidade crítica, poder viver inserido em dinâmicas familiares e sociais, poder desfrutar de atividades recreativas, poder viver a própria vida, entre outras.

A questão da hierarquização das necessidades em saúde é bastante complexa. A demanda por atenção em saúde e a gama de serviços voltados a atendê-la são muito amplas. Algumas necessidades se relacionam com a recuperação ou compensação de uma diminuição de capacidades ou funções; outras, com o incremento da qualidade de vida por outros meios.

A hierarquização de necessidades em saúde pode ser feita não apenas por sua importância ou natureza intrínseca, mas também por critérios outros, como o da urgência, da repercussão em termos de saúde pública, da proteção de grupos especialmente vulneráveis, para citar apenas alguns exemplos.

Para Añón (2009) destas considerações depreende-se que o caminho negativo, baseado em considerar a carência, parece ser o caminho mais promissor para uma certa determinação da concepção de necessidades humanas.

Riechmann, por exemplo, interpreta que as necessidades se referem ao mundo dos fatos, são empíricas, tratam-se tanto de fatos materiais como de fatos psicológicos (e com isso diferenciadas do plano normativo): se algo resulta ou não necessário é somente uma questão de fato - um conceito condicional (X necessita A para F) (RIECHMANN, 1998). Neste sentido, cabe distinguir entre necessidades contingentes (sempre que as finalidades sejam também contingentes) e necessidades básicas (sempre que os fins sejam fundamentais para a vida humana); o que permite falar de necessidades básicas como “[...] os fatores objetivos indispensáveis para a superveniência e a integridade psicofísica dos seres humanos [...]” (RIECHMANN, 1998, p. 12) tem como ponto de partida a vulnerabilidade humana ou da vida mesmo.

Pereira (2000, p. 26, grifo do autor) na temática das necessidades humanas traz importante distinção entre mínimo e básico, quando afirma que

Mínimo e básico são, na verdade, conceitos distintos, pois, enquanto o primeiro tem a conotação de *menor*, de *menos* em sua acepção mais ínfima, identificada com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social, o segundo não. O *básico* expressa *algofundamental, principal, primordial*, que serve de base de sustentação

indispensável e fecunda ao que a ela se acrescenta. [...] Assim, enquanto o mínimo pressupõe supressão ou cortes de atendimentos, tal como propõe a ideologia liberal, o *básico* requer investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos podem ser prestados e otimizados. Em outros termos, enquanto o *mínimo* nega o *ótimo* de *atendimento*, o *básico* é a mola mestra que impulsiona a satisfação básica de necessidades em direção ao *ótimo*.

Num sentido similar a Riechmann se expressa Zimmerling (1990) quando assinala que o dado de objetividade nas necessidades não é problemático, já que a referência se faz a dados empíricos com relação a pessoas reais e não como uma objetividade vazia, mas derivada da vinculação entre as necessidades e a integridade física e psíquica dos homens, que se refere a tudo aquilo que o homem necessita para seguir vivendo.

Igualmente, Roig e Lucas (1990) referem-se ao caráter objetivável das necessidades dizendo que é possível estabelecer critérios que permitam discernir quando se está diante de uma necessidade humana básica, ligado a seu caráter inevitável, posto que sua insatisfação produzirá um dano ou prejuízo grave ou importante com relação à sobrevivência e desenvolvimento da pessoa. Esse autor, por sua vez, pode fundamentar dando razões do porquê em determinadas situações se não se satisfazem certas necessidades se produzirá um determinado dano e diante deste não há outra alternativa possível.

De um modo semelhante, Doyal e Gough partem da consideração de que as necessidades são objetivas no sentido de que sua especificidade teórica e empírica é independente das preferências individuais e universais. Além disso, consideram que a sobrevivência física e a autonomia pessoal são as

[...] condiciones previas de toda acción individual en cualquier cultura (y por ende) constituyen las necesidades humanas más elementales: aquellas que han de ser satisfechas en cierta medida antes de que los agentes puedan participar de manera efectiva en su forma de vida con el fin de alcanzar cualquier otro objetivo que crean valioso. (DOYAL, GOUGH, 1994, p. 88).

Para Pereira (2000, p. 31):

A referência ao *ótimo*, em relação aos mínimos sociais, não supõe a *maximização* da satisfação de necessidades humanas básicas, que teria que percorrer uma escala que partiria do péssimo e passaria pelo sófivel, o bem e o muito bom, até atingir o *ótimo*. Sendo o *ótimo* um ceito que depende do código moral de cada cultura, ele não pode ser sinônimo de *máximo*, porque este é um objetivo constantemente “em fuga” e, portanto, inalcançável; mas, poderá ser identificado com patamares mais elevados de aquisições de bens, serviços e direitos a partir do estabelecimento de provisões básicas. São essas aquisições em graus mais elevados, resultantes dos encadeamentos dinâmicos e positivos no âmbito das políticas sociais e entre estas e as políticas econômicas, que propiciarão aos indivíduos capacidade de *agência* (atuação como atores) e *criticidade*.



Ou, em outras palavras, são essas aquisições que propiciarão aos indivíduos capacidade de escolha e de decisão, no âmbito da sua própria cultural, bem como condições de acesso aos meios pelos quais essa capacidade pode ser adquirida. É o que Doyal e Gough chamam de *ótimo de participação*. Além disso, irão permitir-lhes alcançar o ótimo crítico, que, segundo os mesmos autores, consiste em propiciar aos indivíduos condições de questionar suas formas de vida e cultura, bem como de lutar pela sua melhoria ou mudança<sup>20</sup>.

O próprio conceito de *necessidade* reclama um caráter objetivo: a distinção entre *necessidade* e *desejo* está relacionada com a distinção entre objetivo e subjetivo (RIECHMANN, 1998). Se se assume na linha do que foi exposto anteriormente, segundo Añón (2009), que existem necessidades humanas básicas é porque se considera que elas têm um caráter empírico e objetivo – definido nos

---

<sup>20</sup>Esta concepção difere substancialmente do *ótimo de Pareto*, que tão fortemente marcou o pensamento político no âmbito da chamada Economia do Bem Estar (Welfare Economics), a qual apresenta recomendações acerca de medidas de política econômica, partindo de premissas puramente factuais e utilitárias. Por privilegiar os fatos sobre os *juízos de valor e a ética*, tal corrente considera-se livre de incertezas e de conflitos interpessoais, apesar de basear-se em escolhas ou preferências individuais. A suposição implícita nesse entendimento, informa Amartya Sen (1976), parece ser aquela que prevê que “se todos estão de acordo sobre uma escolha (X em lugar de Y), então esta escolha não é um juízo de valor, mas algo perfeitamente objetivo”. Por isso, a *melhoria econômica e a eficiência produtiva* passariam a ser, para os adeptos dessa corrente de bem-estar, os objetivos que estariam acima de quaisquer metas, pois seriam eles que produziriam resultados concretos que compensariam a todos, por estarem livres de conflitos interpessoais. E, em havendo ausência destes conflitos, todos sairiam ganhando, apesar dos ganhos diferenciados – que em alguns casos funcionam como perda – entre os indivíduos em acordo. Por essa razão, conforme Sen (1976), Pareto é considerado “uma vaca sagrada” para os economistas do bem-estar e os utilitaristas, pois ele fornece o critério de otimização que os satisfaz por completo. Primeiro, porque o ótimo paretiano privilegia *preferências*, e não *necessidades*, e, segundo, porque, ao privilegiar preferências, que são individuais e relativas, submete a racionalidade coletiva na esfera do bem-estar à lógica privatista do mercado e da eficiência econômica. Efetivamente, no critério de otimização de Pareto são empregadas as duas seguintes regras (SEN, 1988): a) se todo indivíduo é indiferente às duas situações sociais alternativas X ou Y, então a sociedade deverá ser também indiferente: b) se ao menos um indivíduo prefere estritamente X a Y, e todos os demais, individualmente, consideram X uma situação ao menos tão boa quanto Y, então a sociedade preferiu X a Y. Ora, a atração desse raciocínio para a Economia do Bem-Estar, inclusive para a versão que se denomina contemporaneamente de “Nova Economia do Bem-Estar”, reside, como salienta Sen (1988), na sua simplicidade, pois se a primeira situação for a escolhida ninguém se importará em procurar saber qual das duas alternativas a sociedade elegerá (X ou Y), já que elas são indiferentes para os indivíduos em particular. Por outro lado, se a escolha recair na segunda situação, ninguém estará interessado em Y mais do que em X; daí ser razoável que a sociedade, como um agregado de indivíduos prefira X a Y. O X, portanto, é o ótimo paretiano, já que não se pode eleger outra opção considerada pelos indivíduos tão boa quanto ela e que ao menos uma pessoa considera estritamente melhor. Mas, tal simplicidade, critica Sen, dá margem a decisões e comportamentos absurdos do ponto de vista da ética e do bem-estar social efetivo, pois ela não altera em nada a situação dos que estão em estado de privação ou opressão. Uma economia, diz ele, pode ser *ótima* dentro dessa lógica, ainda que uns estejam nadando na abundância e outros afogados na indigência (SEN, 1988). Em resumo, de acordo com o critério de otimização paretiano, uma sociedade ou uma economia podem ser ótimas, embora sejam ao mesmo tempo indignas e injustas, o que se choca com a concepção de ótima aqui adotada, que não concebe critérios de bem-estar-livres de conflitos de interesses, valores cívicos e éticos, nem a sociedade com um agregado de indivíduos. Pelo contrário, parafraseando Sen (1988), a sociedade é qui considerada como um todo orgânico, e não como a soma aritmética dos indivíduos que a compõem, e, por isso, as necessidades humanas, sendo sociais, não têm identificação com preferências dos membros dessa sociedade (PEREIRA, Potyara A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 31-3).

casos anteriores mediante um caminho negativo – mas que neste sentido são independentes dos desejos ou preferências, dependem do funcionamento do mundo, da atuação dos seres humanos.

Entretanto, nesse ponto, para Añón (2009), convém trazer a comento a distinção entre necessidades e satisfações. Se as necessidades humanas não mudam através dos tempos ou das culturas, mudam os meios e as formas utilizados para satisfazerem essas necessidades, isto é, as satisfações. Essa distinção é crucial porque se as necessidades não podem ser escolhidas, pode-se escolher, ao menos até certo ponto, as formas de satisfazer essas necessidades, como observa Riechmann (1998, p. 19):

La relación de los satisfactores con las necesidades es la de los medios con los fines. La sociedad productivista/consumista se caracteriza, entre otros rasgos, por la confusión constante, deliberada e incesante entre fines y medios – los medios se transforman en fines y estos se pierden de vista, se desvanecen en el universo de los objetos-; en la crítica de esta sociedad y en la formulación de alternativas mostrará la pareja de conceptos necesidades/satisfacción toda su potencia crítica. Decíamos que las necesidades no son intencionales, y en este sentido no podemos elegir las: sencillamente están ahí. Pero sí que podemos elegir los satisfactores. Las necesidades básicas están dadas, pero podemos autodeterminar – al menos en parte – los deseos y los satisfactores. Mantener abierta esta posibilidad resulta crucial para cualquier perspectiva de emancipación en un “mundo lleno”, un mundo cuyos límites ecológicos se han alcanzado o – en algunos ámbitos – incluso se han sobrepasado ya.

Nesse sentido, parecem amplamente razoáveis critérios práticos político-morais que representem limite legítimo à persecução dos desejos, que podem ser expresso na condição de que a satisfação das necessidades básicas de determinadas pessoas não impeçam a satisfação das necessidades básicas de outros seres humanos.

No entanto para Añón (2009), essas considerações introduzem, em certo modo, o segundo problema relativo às necessidades básicas. Assumindo que se possa concluir que existam certas necessidades básicas e que estas sejam relevantes para fundamentação de determinados direitos e, ainda, assumindo que as necessidades se referem ao mundo dos fatos, pode-se constatar empiricamente a existência de certas necessidades relativas ao plano material ou psicológico, mas claramente diferente do plano normativo, no que se situam normas e valores.

Ao examinar a questão do suposto valor normativo das necessidades e da relação entre o *ser* e o *dever ser* no conceito de necessidade, Roig e Lucas (1990) têm identificado três posições diferentes nesse debate:

- a) a tese sobre a complicação entre fato e valor no conceito de necessidades;
- b) a tese da negação de um nexo entre a existência de uma necessidade e a existência de sua satisfação;
- c) a tese das necessidades como razões para a ação.

De alguma forma, as noções de necessidades básicas que se tem manejado até agora, segundo Añón (2009), situam tais necessidades no plano dos fatos, claramente diferenciadas do plano dos valores. Como tem assinalado Roig e de Lucas (1990), a primeira das teses enumeradas, ao supor que da existência de uma necessidade deriva o direito a sua satisfação, conduz a importantes problemas, entre os quais está a confusão ontológica entre necessidades e direitos.

Como aqui não será desenvolvido este ponto, parece mais razoável aceitar as considerações da tese contrária e afirmar que não existe nenhum nexo lógico entre a existência fática de uma necessidade e o direito a que essa necessidade seja satisfeita e, certamente, não há um *direito* do ponto de vista jurídico-positivo.

Em última análise, deve-se observar que a existência de uma necessidade é uma questão separada e diferente do dever de satisfação dessa necessidade e que entre ambas as questões não existe uma relação lógica (ROIG, LUCAS, 1990). Mas, a partir desse ponto de partida, cabe sustentar que as necessidades podem constituir razões que expliquem ou fundamentem sua satisfação e que estas razões, ainda que não concludentes, são qualitativamente distintas das baseadas, não em necessidades, mas, por exemplo, em desejos ou preferências.

No que se refere à capacidade para oferecer uma fundamentação dos direitos humanos a partir das necessidades básicas, a juízo desses autores, as necessidades poderiam oferecer argumentos para a fundamentação dos direitos, mas não serviriam, por si só, para estabelecer diretamente a existência de direitos.

Roig e Lucas (1990, p. 77) pontuam que:

La función de las necesidades básicas se cumple en la esfera de la fundamentación de los derechos humanos más que respecto a la existencia de los mismos. A la vista de lo anterior, creemos poder concluir la imposibilidad de construir una teoría de las necesidades cuya proyección sobre la teoría de los derechos humanos resuelva todos los problemas relativos a la fundamentación y a fortiori, los problemas de técnica jurídica que todo ello comporta. Sin embargo, la teoría de las necesidades ofrece argumentos muy válidos para clarificar, junto con otros, el problema abierto

de la fundamentación. Por lo demás, entendemos que responde a lo que sería una adecuada fundamentación, que no puede sino significar la formulación de criterios y presupuestos racionales y razonables que puedan contribuir a justificar los derechos humanos.

O critério das necessidades básicas como um critério de justiça na organização social da proteção à saúde encontra-se, de alguma forma, expresso no que Dworkin denominou *princípio do resgate* (identificado com o ideal tradicional de justiça médica).

Em sua crítica ao ideal tradicional de justiça médica, Dworkin, segundo Añón (2009), tem razão em afirmar que o apelo ao referido princípio tem funcionado muito mais como uma forma de justificação da própria autoridade moral e da sacralidade da atividade do que como um princípio coerentemente utilizado.

### 3.1.3 Contribuições para a construção de um núcleo mínimo de direitos inerentes ao homem

As contribuições de Walzer (1997) também indicam a defesa de um núcleo mínimo de direitos inerentes à sobrevivência do homem. O autor preocupa-se com a organização de uma sociedade justa, caracterizada pela ausência de subordinação ou dominação. Enfatiza a comunidade em detrimento do indivíduo, questionando a validade de concepções universais de sujeito e de justiça que ignoram a multiplicidade das identidades presentes na sociedade (HONÓRIO, 2011).

Na obra *Esferas da Justiça*, publicada originalmente em 1983, Walzer expõe seu posicionamento, evidenciando a multiplicidade de bens. Além disso, defende que:

[...] os princípios da justiça são pluralistas na forma; que os diversos bens sociais devem ser distribuídos por motivos, segundo normas e por agentes diversos; e que toda essa diversidade provém das interpretações variadas dos próprios bens sociais – o inevitável produto do particularismo histórico e cultural (HONÓRIO, 2011, p. 25).

Para entender como devem ser distribuídos os bens sociais, é preciso passar rapidamente pela teoria dos bens, elaborada por Walzer (1997 apud HONÓRIO, 2011, p. 25), composta de seis premissas.

[...] (i) Os bens de que trata a justiça distributiva são sociais, não podendo ser compreendidos individualmente; (ii) Os indivíduos assumem identidades concretas advindas de suas relações com os bens sociais; (iii) Não há um conjunto de bens essenciais para todos os mundos morais e materiais, pois os bens recebem significados distintos em cada comunidade; (iv) Os significados dos bens determinam a forma de sua distribuição; (v) Sendo

históricos os significados, as formas de distribuição igualmente mudam ao longo do tempo; (vi) Os bens sociais constituem esferas distributivas com critérios e princípios próprios.

Assim, ao lidar com a multiplicidade de bens e de critérios de distribuição, Walzer constrói a teoria da igualdade complexa. Cada bem social (poder político, honra, dinheiro, saúde, lazer, trabalho e educação, por exemplo) deve ser distribuído conforme as concepções compartilhadas na comunidade. “Culturas diferentes elaboram significados diversos acerca dos bens sociais e os distribuem através de distintos princípios e agentes.” (apud HONÓRIO, 2011, p. 26).

Um conjunto de bens sociais forma uma esfera autônoma, dotada de critério peculiar de distribuição. A justiça é a distribuição distinta desses bens, considerando o particular valor que possuem. Não considerar os diferentes critérios das diferentes esferas de bens sociais significa tirania (HONÓRIO, 2011).

O referido autor busca evitar que uma esfera domine as demais. A igualdade complexa, então, estabelece a vedação de domínio dos diferentes processos distributivos, pois a posse de um bem não pode contaminar as demais esferas da justiça. “Em termos formais, a igualdade complexa significa que a situação de nenhum cidadão em uma esfera ou com relação a um bem social pode definir sua situação em qualquer outra esfera, com relação a qualquer outro bem.” (HONÓRIO, 2011, p. 26).

Para evitar a dominação e, conseqüentemente, a injustiça, deve-se impedir a conversibilidade dos bens, mantendo as esferas e seu critério de distribuição autônoma. Afinal, a injustiça “[...] aparece quando um bem social predominantemente viola a autonomia destas esferas e rompe com a significação do processo distributivo.” (HONÓRIO, 2011, p. 26).

Walzer indica três critérios de distribuição de bens: a troca em um mercado livre (através do dinheiro), o mérito e a necessidade. Há, ainda, um quarto critério caracterizado, na verdade, como a ausência de critério. Esse critério abrange bens aos quais o acesso deve ser irrestrito e geral. Aqui se colhe algo interessante: “com efeito, ao enunciar os critérios de acesso às diferentes esferas no âmbito das democracias liberais ocidentais, Walzer identifica (i) a necessidade como critério à assistência social e (ii) a igualdade simples como via de acesso à educação básica.” (HONÓRIO, 2011, p. 26).

Indica-se que a esfera da segurança e do bem-estar social, que envolve prestações comunitárias (água, alimentos, saúde pública e sistema de justiça, por exemplo), rege-se pelo princípio da necessidade:

[...] seja qual for a decisão final, sejam quais forem os motivos, fornece-se segurança porque os cidadãos precisam dela. E já que, em certo nível, todos precisam dela, o critério da necessidade continua sendo padrão fundamental [...], mesmo que não seja possível definir prioridade e grau. (HONÓRIO, 2011, p. 26).

Ainda, pela importância da educação fundamental na vida das pessoas, trata-se de bem a ser distribuído para todos. Percebe-se a preocupação do autor com o amplo acesso a algumas condições elementares à vida dos cidadãos. A obra de Walzer enfatiza a dimensão social ou coletiva do indivíduo, “[...] que se forma no âmbito da comunidade política com a qual o indivíduo compartilha memórias, valores e perspectivas de futuro.” (HONÓRIO, 2011, p. 27).

Entretanto, na obra *Thick and thin: moral argument at home and abroad*, de 1994, a marca do relativismo é amenizada. Apesar das múltiplas culturas, identifica-se uma moralidade mínima entre os membros das diversas comunidades; afinal, todos são humanos. Assim, são diferenciadas duas porções de argumentos morais: “A primeira (Thin) é a moralidade mínima ou nuclear, associada ao aspecto universal do indivíduo, que é sua própria humanidade. Ao lado desta, há a moralidade máxima ou plena (Thick), que decorre da vida comunitária.” (HONÓRIO, 2011, p. 27).

A moralidade mínima relaciona-se a valores comuns compartilhados por qualquer ser humano, independentemente de sua cultura. Esse universalismo moral deve ser entendido em termos mínimos e delgados (*thin*), uma vez que os elementos comuns são limitados, em face da pluralidade e da singularidade dos modos organizacionais e dos significados sociais atribuídos aos bens. Por sua vez, a moralidade densa vincula-se aos valores de pessoas que compartilham uma história e uma cultura; trata-se da *densificação* dos valores comuns (HONÓRIO, 2011).

Com efeito, o universalismo minimalista trata apenas de características reiteradas das moralidades particulares densas ou máximas ou da abstração de práticas reiteradas. Então, a moralidade mínima não é imposta, visto provir de entendimentos partilhados, repetidos nas comunidades. Por essa razão, o maximalismo precede o minimalismo, pois os significados minimalistas estão arraigados na moralidade máxima. A moralidade mínima deve ser entendida em

conexão com o particularismo, visto que revela a existência de uma justaposição de aspectos comuns das moralidades densas (HONÓRIO, 2011).

Portanto, há um núcleo de valores comuns, mas que deve ser compreendido em conjunto com sua forma de realização nas diferentes culturas. Os direitos humanos compõem a moralidade mínima, mas não se pode olvidar que é na qualidade de membro de uma determinada comunidade que os indivíduos gozam de seus direitos. Desta feita, a distinção entre moralidade mínima e máxima concilia direitos universais com uma posição particularista. Esse dualismo passa a ser elemento interno marcante da moralidade, que advém da própria caracterização da sociedade humana (que é universal por ser humana e particular por ser sociedade) (HONÓRIO, 2011). Em Walzer (1997, p. 96-97) pode-se observar que:

Los médicos eran los sirvientes de los ricos, y a menudo estaban adscritos a casa nobles y a las cortes reales. No obstante, en vista de estas realidades prácticas, la profesión médica siempre ha tenido remordimientos de conciencia colectivos, ya que la lógica distributiva de la práctica de la medicina parece ser la siguiente: la atención debe ser proporcional a la enfermedad y no a la riqueza material. De ahí que siempre haya habido médicos, como aquellos honrados en la antigua Grecia, que atendían a los pobres de soslayo, por así decirlo, incluso si se ganaban la vida gracias a los pacientes que sí pagaban. La mayoría de los médicos presentes en una emergencia se sienten todavía obligados a ayudar a la víctima sin hacer caso de su status material. Es una cuestión de buen samaritanismo profesional que la pregunta: ¿hay algún médico entre los presentes?, no quede sin respuesta si hay algún médico que pueda atenderlo.

No entanto existem defesas teóricas do critério da necessidade como critério de justiça para distribuição da atenção médica. De acordo com Williams (1985), o critério para a distribuição do cuidado médico deve ser, diante da presença da doença, a existência de condição de acesso à saúde. O autor referido levantou a ideia de que a base para a distribuição de um bem qualquer faz parte da própria ideia do que esse bem é. O argumento assevera da necessidade de concretização da igualdade, não porque se produza uma desigualdade entre o sano e o doente, mas pela distinção entre doentes ricos e doentes pobres, que embora tenham as mesmas necessidades – derivadas da doença – recebem tratamento diferente.

Tal argumentação foi criticada por Nozick (1991), afirmando que esse raciocínio pode ser utilizado para todo e qualquer bem, com consequências tão absurdas quanto inúteis e, se o critério adequado de distribuição da atenção médica é a necessidade médica, então o critério mais adequado para a distribuição dos serviços de cabeleireiro é a necessidade de cortes de cabelo. O que formula Nozick é uma redução ao absurdo, e na medida em que os serviços de cabeleireiro devam

ter sua distribuição regida pelo mercado, do mesmo modo também o teriam que ser os serviços médicos. Na visão de Amaral (2001, p. 161):

Novick fundamenta sua teoria de justiça no que chama de “teoria do título”. Para ele o objeto da justiça na propriedade consiste em três tópicos principais: aquisição original da propriedade, a apropriação de coisas não possuídas, que seria o princípio da justiça na aquisição; a transferência de propriedade de uma pessoa para outra, englobando descrições gerais de troca voluntária e doação e, por outro lado, fraude, que seria o princípio da justiça na transferência.

Assim formulada, a discussão parece conduzir, novamente, à questão se a proteção da saúde, assim como os bens e serviços necessários à saúde, devem ou não ser distribuídos por meio do mercado.

Sobre essa questão, Añón (2009, p 125) destaca que a pretensão de que a distribuição da proteção da saúde se insira através do mercado tem que fazer frente a duas objeções: a ineficiência do mercado em saúde e as consequências desiguais (e nesse sentido injustas) do mercado de saúde.

Volta-se, no entanto, a questão da ideia das necessidades como critério no âmbito da saúde. Para abordar-se a validade ou não das teses de Nozick, deve-se determinar se a proteção da saúde é em algum sentido, similar aos serviços de cabeleireiro, por exemplo.

Em primeiro lugar, deve-se indagar, até que ponto é ou não é especial a saúde e sua proteção; em segundo lugar, deve-se abordar, se essa possível especialidade é de tal grau que mesmo num sistema de mercado como distribuidor dos recursos seria inaceitável não fazer uma exceção ao caso da saúde, com a adoção do denominado *igualitarismo específico*<sup>21</sup>.

Michael Walzer retomou o argumento de Williams (1985) para defendê-lo

---

<sup>21</sup>A noção de “igualitarismo específico”, cunhada por J. TOBIN (On limiting the domain of inequality. **Tehe Journal of Law and Economics**, n. 13, 1970, p. 263-277) foi resgatada por S. Anad para o caso da saúde. O igualitarismo específico supõe que determinados bens específicos, como pode ser a saúde e as necessidades básicas para a vida, devem ser distribuídas de forma menos desigual que a que marca a capacidade da pessoa pagar por elas. De acordo com Anad as desigualdades em saúde, nutrição e atenção sanitária resultam mais ofensivas que as desigualdades em outros bens. Mesmo se se considera que determinados prêmios econômicos podem servir de incentivo para a atividade econômica, determinados bens como a saúde devem ficar fora desta perspectiva. A especialidade da saúde como bem deriva tanto do fato de ser diretamente constitutiva do bem-estar das pessoas como de que permite as pessoas funcionar como agentes, ou seja, perseguir os variados objetivos e projetos que tem razões para valorar (ANAD, S. The concern for equity in health. **Journal of Epidemiology and Community Health**, n. 56, p. 486, 2002).



das críticas de Nozick<sup>22</sup>. Walzer admite que não existe diferença entre o raciocínio que se pode fazer em relação à atividade da atenção médica e a atividade de cabeleireiro se se atente unicamente a seus *objetivos internos*, ou seja, se se atente a atividade em termos genéricos. Nesses termos, estar-se-ia obrigado a admitir que se a atividade de cortar o cabelo deve ser distribuída segundo os critérios do mercado, também assim deve ser a atividade médica; e vice-versa, quando se nega que o mercado deva ser o critério.

Contudo, Walzer formula que as coisas mudam se se atentar ao significado social da atividade ao “[...] lugar do bem que esta distribui na vida do grupo particular de indivíduos.” (WALZER, 1997, p. 99). Dessa maneira, o significado social e moral de ambas as atividades é também diferente, o que justifica um diferente tratamento político moral. Seria possível imaginar uma sociedade em que o corte de cabelo tenha uma significação cultural tal que o custeio comunitário se faça moralmente necessário, embora o fato de que essa sociedade não exista nem tenha existido também pareça extremamente significativo.

Para Walzer (1997), não existe um único critério de justiça social, mas a justiça igualitária inclui diferentes critérios, apropriados ou não, segundo os bens que se objetiva distribuir, o que denomina a *igualdade complexa*. Essa igualdade exige que cada bem seja distribuído de acordo com seu significado social, de acordo com concepções de compartilhamento dos bens, seu significado, sua importância social e seu papel. Nenhum bem (como por exemplo: o dinheiro) deve ser absoluto ou interferir nas esferas da justiça. Os significados sociais dos distintos bens obedecem a critérios próprios de cada tradição, o que impede o estabelecimento filosófico de

---

<sup>22</sup>Diz Nozick (1990, p. 151) que: “Se o mundo fosse inteiramente justo, a definição indutiva a seguir poderia cobrir exaustivamente a matéria de justiça na propriedade. 1. A pessoa que adquire com o princípio da justiça na aquisição está titulada para essa propriedade. 2. A pessoa que adquire uma propriedade de acordo com o princípio da justiça na transferência, de alguém também titulado à propriedade, tem título sobre a propriedade. 3. Ninguém tem título sobre uma propriedade salvo pela aplicação repetitiva de 1 e 2. Todavia, como nem todas as situações concretas são geradas de acordo com os dois princípios de justiça na propriedade, já que algumas pessoas roubam outras, defraudam-nas, escravizam-nas, confiscam-lhe bens, impedem que vivam como bem entendem, essas situações de injustiças passadas introduzem o terceiro princípio: o da reparação da injustiça na propriedade.” Na obra de Nozick, uma ode ao Estado mínimo, não há espaço para conjecturas sobre recursos escassos, principalmente porque os direitos frente ao Estado são, basicamente, negativos, muito embora nos pareça ser irrespondível a crítica de Holmes e Sunstein: Quer dizer, a liberdade pessoal não pode ser assegurada apenas limitado a interferência governamental sobre a liberdade de ação e de associação; Em AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 163: “Nenhum direito é apenas o direito de ser deixado só pelos funcionários públicos. Todos os direitos são caros porque todos direitos pressupõem o custeio, pelos contribuintes, de uma máquina eficaz de supervisão para monitorar e dar efetividade.”

critérios de caráter universal e a-histórico, mas deverá haver um espaço necessário para a diversidade cultural e a opção política (WALZER, 1997).

Walzer efetivamente trata o assunto da atenção médica no contexto da discussão sobre o custeio comunitário do bem-estar e seguridade adequada a uma sociedade como a norte-americana. Mas, em tal contexto, resulta significativo o fato de que a atenção médica (e em geral o esforço por lutar contra a doença) tenha adquirido esse significado. Isso se deve ao fato de que tenha sido desenvolvida uma necessidade humana “ampla e profundamente sofrida”, que não é uma necessidade de um ou outro indivíduo, mas da própria comunidade; trata-se então de uma autêntica *necessidade humana*, por mais que estas sejam modeladas culturalmente. Uma vez que isso tenha ocorrido, e que a atenção médica se converta “[...] numa necessidade socialmente reconhecida e a sociedade invista em seu custeio, [...] a privação da atenção médica é uma perda dupla: para a saúde e para a posição social das pessoas.” (WALZER, 1997, p. 100).

Por esse motivo, uma vez que a saúde adquiere esse significado social, surgem exigências morais adicionais de como se deve fornecer a saúde equitativamente a todos os membros da comunidade, para que a sua pertinência seja respeitada. Desta feita, a pobreza é um obstáculo para o acesso à saúde, o que demonstra que continua existindo uma correlação entre a classe social e a saúde, o fato de que o mercado continua sendo o principal critério de distribuição da saúde, tudo isso para Walzer é uma profunda distorção, pois a saúde não pode ser concebida como um luxo.

Convém ressaltar que para Walzer, será necessário que o sistema de custeio médico, já incluído o sistema de seguridade e bem-estar que declara esses bens necessários, esteja limitado de tal forma que o livre intercâmbio esteja subordinado à satisfação das necessidades: “[...] as necessidades não podem ser deixadas ao capricho de algum grupo poderoso de proprietários e médicos nem podem ser distribuídas de acordo com seus interesses.” (WALZER, 1997, p. 100). Os médicos passam a ser equiparados a sacerdotes, soldados ou professores, no sentido de que trabalham em um serviço público, ou seja, em benefício de seus próprios fins. Da mesma forma que um mal sacerdote vende a salvação, um mau soldado se converte mercenário ou um mal professor privilegia os filhos dos ricos, assim o faz o médico quando trata os bens de atenção da saúde exclusivamente como mercadoria (WALZER, 1997). E ainda argumenta o autor:

No veo razón alguna para respetar la libertad de mercado del médico. Los bienes necesitados no son una mercancía. O con mayor precisión, pueden ser comprados y vendidos sólo en la medida en que sean disponibles más allá y por encima de cualquiera que sea el nivel de previsión fijado a través de la toma de decisiones democráticas (y sólo en la medida en que la compra y la venta no perjudique la distribución por debajo de tal nivel). (WALZER, 1997, p. 100).

De alguma forma, o que Walzer releva é que, em determinadas condições sociais, seriam moduladas algumas necessidades em saúde de tal maneira que sua satisfação seja uma tarefa comunitária, vinculada com a ideia de pertinência que é devida a todos os cidadãos, independente de sua capacidade financeira. De uma forma similar, Gutmann (1981a) incide em uma ideia parecida também como uma sorte de condições da cidadania social, mas vinculada não com a ideia das necessidades básicas, mas com a teoria de Rawls. Contudo, ambas as propostas guardam entre si forte ar familiar.

### **3.2 Uma teoria da justiça para a construção de uma ideia de direito à saúde**

Para Gutmann (1981a), uma teoria da justiça como a de Rawls (1981), que dá prioridade ao valor da igualdade entre as pessoas, pode justificar um direito à saúde (ou nos termos de sua discussão, um princípio de igual acesso à proteção da saúde). Esse autor utiliza o conceito de Rawls das condições ou bases sociais do respeito próprio como fundamentação do direito à saúde. Embora Rawls não desenvolva a ideia das condições sociais do respeito próprio como bem social primário, está seguro de que na posição original, as partes desejariam evitar a qualquer custo as condições sociais que fragilizam o respeito próprio.

Naturalmente não é fácil determinar quais são tais condições, embora Gutmann assuma que no âmbito do cuidado da saúde devem ser os elementos essenciais para igualar as oportunidades e tratar da mesma forma sofrimentos equivalentes. Mas, provavelmente, pode-se ir além, imagine-se em determinado caso, por exemplo, um indivíduo que espera por um tempo maior para atendimento hospitalar, isso por si só não afeta significativamente a igualdade de oportunidades nem as consequências para a saúde, mas se existe uma relação com a raça ou a classe social (embora não seja uma discriminação intencional), isso pode afetar o respeito próprio de quem sistematicamente está no fim da fila (GUTMANN, 1981b).

Como algumas das condições sociais para o respeito próprio são socialmente relativas, é possível estabelecer padrões adequados para uma sociedade determinada. O acesso igualitário ao cuidado da saúde viria a constituir uma condição social ao respeito próprio, do mesmo modo que é o direito ao sufrágio, no sentido de que este é uma condição de respeito próprio, independente de seu valor como igualdade de poder político e suporte da democracia (GUTMANN, 1981b).

Mesmo se um tratamento desigual, separado ou diferenciado no âmbito da saúde (ou da educação) não chegasse a ter efeitos adversos perceptíveis nos menos favorecidos, poder-se-ia considerar um signo de desigualdade ao respeito próprio. Dessa maneira, está justificado o direito a um acesso igualitário ao cuidado da saúde.

Nas últimas décadas, a proposta de Daniels (1981) apresentou grande destaque entre aquelas que tratam da justificação do direito à saúde e de sua localização no interior de uma construção normativa sobre a justiça. A perspectiva de Daniels, influenciada pela teoria de Rawls (1981), objetiva fundamentar o direito à saúde no direito à igualdade de oportunidades. Deve-se, no entanto, por questões metodológicas, apresentar duas advertências em relação a esse ponto.

Em primeiro lugar, é certo que Daniels pretende explicitamente *estender* a teoria de Rawls ao cuidado da saúde. Sua construção parte de premissas rawlsonianas e considera que tais premissas são as que mais satisfatoriamente oferecem resultados teóricos em sua própria teoria. Contudo, Daniels deseja que sua conclusão seja mais geral, isto é, que a fundamentação teórica de um direito à saúde não dependa da aceitação da teoria de Rawls. Pelo contrário, o direito à saúde deveria, segundo Daniels, permanecer justificado no seio de qualquer teoria da justiça que inclua um princípio de justa igualdade de oportunidades (DANIELS, 1981).

Em segundo lugar, para justificar o direito à saúde como um requisito de justiça, Daniels necessita separar-se da perspectiva de Rawls, se não no esquema geral da teoria, ao menos em alguns aspectos importantes. Em particular, mesmo tentando manter o caráter geral e abstrato da construção e os princípios de justiça de Rawls, assim como de sua caracterização abstrata (que também aspira ser moralmente neutra) dos bens sociais básicos, Daniels não se limita a fazer da

proteção da saúde um imperativo de justiça – o que é a finalidade de sua adaptação da teoria de Rawls (AÑÓN, 2009).

Além disso, para Añón (2009) falar expressamente de necessidades na atenção da saúde, pressupõe um certo conceito de saúde e um esforço em fundamentar a importância da proteção da saúde, como também do bem saúde (tanto por sua conexão com imperativos de justiça como do ponto de vista empírico). Esses assuntos são importantes porque, nessa medida, Daniels se separa não somente de Rawls, como também de uma perspectiva dworkiniana. Mas tudo a partir das concepções de justiça próprias do liberalismo igualitário.

A *Teoria da Justiça* de Rawls pretende identificar e justificar os princípios de justiça para as instituições sociais que permitam definir a estrutura básica de uma *sociedade bem ordenada*. Para construir essa teoria, supõe que os princípios de justiça válidos seriam os adotados por pessoas livres e puramente racionais que se preocupassem pelo seu interesse numa posição de igualdade (RAWLS, 1981).

Para simular essas condições e preservar o requisito da imparcialidade, o autor atende a uma construção ideal de tipo construtivista, na qual o justo seria o fruto de um acordo originário produzido em uma situação hipotética que denomina *posição original*. Nela, os seres humanos racionais e livres, mas cobertos por um *véu de ignorância* (que oculta a posição concreta que ocupam na sociedade, sua sorte na distribuição de dons naturais etc. e com isso garante sua imparcialidade), decidiriam como seriam reguladas as relações e pretensões sociais e quais seriam os princípios fundamentais de justiça da sociedade.

Assim, especificadamente, eles decidiriam os princípios de justiça mais adequados para uma distribuição dos bens primários, entendidos estes como as condições e meios necessários para perseguir e promover racionalmente as concepções particulares de bem (RAWLS, 1981). Para Rawls o consenso nessa situação se alcançaria em torno de dois princípios, quais sejam:

Primeiro princípio: Cada pessoa deve ter a mais ampla liberdade, sendo que esta última deve ser igual à dos outros e a mais extensa possível, na medida em que seja compatível com uma liberdade similar de outros indivíduos. Segundo princípio: As desigualdades econômicas e sociais devem ser combinadas de forma a que ambas (a) correspondam à expectativa de que trarão vantagens para todos, e (b) que sejam ligadas a posições e a órgãos abertos a todos (RAWLS, 1981, p. 67).

Ambos os princípios se encontram ordenados *lexicograficamente*, dispostos em uma ordem serial, dando prioridade ao primeiro sobre o segundo, e ao

item segundo do segundo princípio sobre o item primeiro. Essa ordem implica que “[...] as valorações das liberdades básicas igualmente protegidas pelo primeiro princípio não podem ser justificadas ou compensadas por maiores vantagens sociais e econômicas.” (RAWLS, 1981, p. 67). Os dois princípios permitem justificar direitos que podem ser interpretados como formas de favorecer as condições para o exercício da autonomia, tudo isso dentro do contexto de uma *sociedade bem ordenada*, que é aquela na qual se pressupõe certos condicionamentos de justiça.

A irrelevância da temática da saúde na teoria da justiça de Rawls está manifestada pelo menos em dois pontos: em primeiro lugar na abstração das questões relativas à saúde na posição originária; em segundo lugar, na irrelevância da saúde como bem básico a considerar<sup>23</sup>. Deve-se, então, analisar como a proteção da saúde ou as instituições sociais relativas à atenção da saúde encontram-se no interior desse esquema. Rawls não se ocupa separadamente da questão da saúde e em sua proposta, não se pode deduzir diretamente que a questão da saúde e da doença sejam assuntos relevantes. Certamente, Rawls não

---

<sup>23</sup>Enfim, na teoria de Rawls (1981), a igualdade socioeconômica que está na base da concepção de otimização da satisfação das necessidades básicas, definidas neste trabalho, fica relegada a segundo plano, atendendo convenientemente à lógica liberal, que elege a liberdade, inclusive a do mercado, como o fundamento da ordem social. Assim, embora Rawls não inclua explicitamente em sua teoria o mercado e a propriedade privada no rol das “liberdades básicas”, é evidente que tanto um quanto outro – como sugerem Salama e Valier (1997) – estão presentes na escala hierárquica dos seus princípios. Primeiro, porque o indivíduo racional que age sob o véu da ignorância e o Homo economicus, isto é, um homem desprovido de qualquer sentimento de solidariedade (ao estilo paretiano) e civismo; segundo, porque a prioridade absoluta conferida ao princípio da liberdade dev-se, certamente, ao fato de Rawls ter plena consciência de que a lógica do mercado livre não admite a igualdade social. Destarte, por querer atender, ao mesmo tempo, a dois senhores (mercado e sociedade), a teoria da justiça de Rawls tem sido alvo de críticas tanto de pensadores de esquerda quanto de direita. Da esquerda merecem destaque as críticas de Doyal e Gough (1994), que consideram essa teoria ambígua na sua concepção de otimização da satisfação de necessidades básicas, pois estas jamais serão otimizadas da satisfação de necessidades básicas, pois estas jamais serão otimizadas apenas com a garantia de liberdades básicas. Onde há a coexistência do reinado da liberdade formal com a extrema pobreza – dizem eles – o pobre não tem liberdade de escolha. Por isso, esses autores afirmam, não se pode negar, como faz Rawls com os seus bens primários (ou primeiros), o papel fundamental que a satisfação de necessidades econômicas e sociais assume na vida humana e no projeto de persecução da justiça social substantiva. MacPherson (1991), por seu turno, tem sustentado que muitos dos argumentos de Rawls, bem como o tipo de sociedade que ele concebe, estão estreitamente relacionados com as formas capitalistas existentes. Socialmente, ele justifica as diferenças de classe e, economicamente, propõe uma variante do socialismo de mercado, proclamando as virtudes da competição. Com isso, ignora os custos humanos e a concentração do poder corporativo e gerencial nas classes possuidoras, cujos efeitos são bem maiores nas instituições das economias capitalistas do que os produzidos pelas leis da oferta e procura. Portanto, ressalta MacPherson, tais argumentos são, no melhor sentido, minimizadores da importância do progresso social conquistado pelos movimentos democráticos, no rastro da instituição do Welfare State, e, no pior, desconhecedores do fato de que no socialismo a justiça social seria mais bem contemplada. Assim, ao reduzir o conceito de justiça econômica às normas sociais e valores éticos, o seu princípio distributivo ao invés de se sobrepor às relações de produção capitalista é por elas dominado (PEREIRA, Portyara A. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. p. 94).

considera qualquer teoria das necessidades básicas, não contempla relevância especial à proteção da saúde ou à conveniência da criação de instituições sociais que se ocupem dessa questão.

Convém examinar essas duas questões pressupostas por Rawls (1981) separadamente. Em relação ao primeiro aspecto, na *posição originária*, o *véu da ignorância* permite que os indivíduos desconheçam os dons e talentos naturais que possuem. Esse artifício, como afirma Añón (2009), pretende conseguir que os acordos sejam guiados por critérios razoáveis que garantam sua imparcialidade. Sua teoria é idealizada com o pressuposto de que os indivíduos são participantes normais, plenos e ativos na sociedade: Rawls considera que todos apresentam as mesmas necessidades físicas e capacidades psicológicas (dentro de parâmetros normais), deixando explicitamente de fora situações especiais como os problemas mentais e os problemas de saúde. Entende ainda que considerar esses casos *difíceis* pode distrair a percepção moral, levando o indivíduo a pensar em pessoas *distantes* das pessoas comuns, cujo destino desperta *pena e preocupação*.

Nesse sentido, os princípios de justiça se aplicam somente aos indivíduos normais, aos cidadãos plenamente inseridos na cooperação social<sup>24</sup>. E com estes se aplica o princípio da diferença – pelo que as desigualdades econômicas e sociais somente se justificam na medida em que sejam para maior benefício dos que estão em situações sociais menos vantajosas, sem importar a sua proporção e sem questionar a satisfação das necessidades básicas.

Desse modo, isso significa considerar irrelevante as diferenças naturais e os problemas de saúde; não há uma teoria distributiva da atenção da saúde pela simples razão de que ninguém está doente, mas, nesse sentido, o que parecia somente uma necessidade teórica da construção metodológica ideal da posição originária, exibe também seus efeitos na aplicação dos princípios de justiça e no sistema de comparação interpessoal das posições sociais (RIBOTTA, 2011).

Sen (1988) questiona esse ponto, advertindo que constitui um erro considerar como moralmente irrelevante os casos de inválidos, deficientes físicos ou doentes mentais, pois supõe desconhecer o dado essencial da diversidade humana, item caracterizado como elemento essencial de sua proposta.

---

<sup>24</sup>Não se encontra em Uma Teoria da Justiça uma resposta para a escassez de recursos, a carência de meios como fator limitador da efetividade material dos direitos, inclusive das liberdades (AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 160).

É possível uma argumentação diferente: Vidiella retoma o argumento e considera que o fato do véu da ignorância ocultar as diferenças naturais (e sociais) indica precisamente que para Rawls – frente a Nozick<sup>25</sup> e seus seguidores – ninguém tem direito exclusivo aos bens que foram agraciados pela fortuna – e ao mesmo tempo, os efeitos causados pela *loteria natural* não podem ser calculados em si mesmos como justos ou injustos, como são tratados socialmente, mas sim, é como uma questão de justiça relevante (VIDIELLA, 2000). Independente da forma que se valere esse aspecto, o esforço de Daniels é demonstrar a insuficiência da resposta de Rawls sobre esse ponto.

O segundo aspecto em que a teoria da justiça de Rawls considera irrelevante à questão da saúde é em sua renúncia a considerar a proteção da saúde como algo que pode ser incluído em sua lista de bens sociais primários (RAWLS, 1981).

Para Rawls os *bens primários*, em geral, seriam as coisas que se presume que todo ser racional deseja e que tem um uso independente do plano racional de cada pessoa. No interior desses bens primários são distinguidos *bens sociais primários* e *bens naturais*. Entre os bens sociais primários, Rawls (1981) considera somente cinco tipos de bens:

- a) liberdades básicas (por exemplo, de pensamento);
- b) liberdade de locomoção e de escolha de profissão;
- c) poderes e prerrogativas em relação a cargos e posições de responsabilidade;
- d) renda e riqueza;
- e) bases sociais de auto-respeito.

Embora esses bens representem meios necessários para perseguir as concepções particulares do “bom”, a saúde e sua proteção não encontram alojamento nesse contexto. Ao invés, estão entre os bens naturais, Rawls menciona a saúde e o vigor ou a inteligência e a imaginação. O aspecto relevante é que estes

---

<sup>25</sup>Nozick, após afirmar que “[...] o Estado mínimo é o mais extenso que se pode justificar. Qualquer outro mais amplo viola direitos da pessoa [...]” (apud AMARAL, 2001, p. 160), trata da justiça distributiva, mas inicia por dizer que a expressão não é neutra, já que sugere retirar algo de alguém e entregar a outrem, o que leva a preferir falar em *justiça na propriedade* (AMARAL, Gustavo. **Direito, escasseze escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 160-161).



não estão diretamente sob o controle da estrutura básica da sociedade (RAWLS, 1981).

A irrelevância das questões relativas à saúde, na teoria de Rawls, parece ser coerente com a renúncia liberal a outorgar valor objetivo – fora das preferências manifestadas ou idealizadas – a bens como a da saúde, para manter intacta a neutralidade moral da teoria da justiça, assim como as vantagens que acompanham sua generalidade e abstração. Nisso Rawls parece coerente ao manter, de forma mais clara que Dworkin, a irrelevância a estes efeitos do *bem* saúde (AÑÓN, 2009). Talvez precisamente por isso, Añón assinala que a proposta sobre a justiça de Dworkin é mais sensível a condições próprias de cada pessoa, posto que:

Este último reprocha a Rawls que sus principios son susceptibles de dejar a algunos sujetos en situación de desventaja por situaciones que no controlan, debido a que la distribución de bienes primarios de carácter natural no resulta relevante a la hora de definir las comparaciones interpersonales a la posición social de los más desaventajados (AÑÓN, 2009, p. 138).

O esforço de Daniels para entender a teoria de Rawls a respeito da justificação de um direito à saúde, pode ser entendida como uma tentativa de salvaguardar as virtudes de generalidade e abstração do esquema rawlsoniano, tendo-o mais sensível à proteção dos menos favorecidos do ponto de vista dos bens naturais.

Daniels considera que a estratégia adequada para fundamentar um direito à saúde, no esquema de Rawls, não pode basear-se em aumentar o índice rawlsoniano de bens primários, incluindo a atenção e o cuidado da saúde. O autor reconhece que o índice rawlsoniano falha na medida em que pessoas consideradas igualmente favorecidas, segundo tal índice estariam longe de sê-lo; na realidade, segundo as instituições existentes e mais assentadas, classes diferem de modo notável, entre o seu estado de saúde e as suas necessidades relativas ao cuidado da saúde. Daniels sustenta ainda que as necessidades, relacionadas à proteção da saúde, não podem ser consideradas irrelevantes em relação à justiça como, sem dúvida, poder-se-ia considerar certos gostos ou preferências pessoais (AÑÓN, 2009).

Contudo, tais problemas não podem ser solucionados satisfatoriamente apenas modificando ou ampliando o índice de bens sociais básicos, porque se o que se faz unicamente é modificar esse índice, incluindo uma nova categoria de bem, ter-se-á três novos problemas, quais sejam (DANIELS, 1981):

- a) a existência de importantes dificuldades em determinar o peso relativo de cada uma das categorias de tal índice;
- b) ao tratar-se os serviços de proteção da saúde como bens sociais primários especialmente importantes, renunciar-se-ia a útil generalidade da noção de bem social primário; e
- c) corre-se o risco de gerar uma larga lista de tais bens, relacionados com cada necessidade importante.

### 3.2.1 Princípio da justa igualdade de oportunidades e igualdade de capacidades básicas

Por esses motivos, Daniels considera que a estratégia mais promissora para entender a teoria de Rawls<sup>26</sup> sobre a justificação de um direito à saúde, tem maior peso por incluir as instituições relativas ao cuidado da saúde entre as instituições encarregadas de proporcionar uma justa igualdade de oportunidades. Neste sentido, o direito à saúde seria um caso especial do direito à igualdade de oportunidades (no acesso aos distintos cargos e funções sociais) de acordo com o segundo inciso do segundo princípio de justiça (AÑÓN, 2009).

O principal pressuposto para sustentar essa tentativa é afirmar que tanto a doença como a deficiência restringem a gama de oportunidades que, de outro modo, estariam abertas ao indivíduo; isso é assim na medida em que diminuem a expectativa de vida ou reduzem a capacidade de ação. *A proteção da saúde em todas as suas formas* (proteção da saúde pública, atenção médica de caráter preventivo, primária, atenção a doentes crônicos etc.) contribui para manter as capacidades<sup>27</sup> dos beneficiários o mais próximo da *normalidade*. Desse modo, a proteção da saúde contribui para preservar a gama de oportunidades que o indivíduo terá em caso de não estar doente ou incapacitado, dados os talentos e as habilidades (AÑÓN, 2009).

---

<sup>26</sup>Na teoria de Rawls é possível deduzir alguma solução a partir do questionamento aos participantes do “acordo inicial”, coberto pelo “véu da ignorância”. Todavia, isso será obra de um quem o fizer, pois Uma Teoria da Justiça não dá embasamento seguro para qualquer solução nesses conflitos (AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. p. 164).

<sup>27</sup>Entendendo por estas capacidades de funcionamento normal não somente as de caráter físico como também as de caráter emocional e cognitivo.

Contudo, a contribuição do cuidado da saúde a proteção da gama de oportunidades estaria limitada em dois sentidos (DANIELS, 1999):

- a) porque existem outros condicionantes que afetam profundamente a igualdade de oportunidades, tal como a renda, a riqueza e a educação;
- b) porque o cuidado da saúde se limita ao objetivo de proteger o *funcionamento normal* (não modifica a distribuição normal de talentos e habilidades, pelo que faz funcionar em todo caso como competidores *normais*, não como estritamente iguais).

Segundo Daniels (1999, p. 320):

Por lo general se tiende a creer que los derechos a la igualdad de oportunidades sólo se violan en el caso de prácticas sociales injustas o enfermedades o discapacidades curables o prevenibles que interfieren con la búsqueda de planes razonables de vida en nuestra sociedad por hacernos perder ventajas competitivas. Sin embargo, nosotros aceptamos el hecho de que la distribución natural de talentos y habilidades, trabajando en un mercado eficiente, producirá tanto una mejora del producto social como llevará a desigualdades en los resultados sociales. Una sociedad justa tratará de mitigar los efectos de esas desigualdades en ventajas competitiva de otra forma que con la eliminación de todas las diferencias en capacidades que sean eliminables.

O conceito de *funcionamento normal* é o que permite considerar a proteção da saúde como algo especial frente a outros condicionantes que também afetam a justa igualdade de oportunidades, tais como riqueza, renda e educação. Este parâmetro de “[...] *funcionamento normal* dos indivíduos *considerados como membros de uma espécie natural* [...]” (DANIELS, 1985, p. 26) é o que permite outorgar um caráter objetivo às necessidades sanitárias e entendê-las como necessidades básicas (independentes das preferências dos sujeitos). Entre essas necessidades da saúde, Daniels inclui a alimentação e habitação adequadas, moradia salubre, atividade física, lazer e outros riscos da vida saudável, serviços médicos preventivos, curativos e reabilitação, e serviços sociais não médicos (DANIELS, 1985).

Cabe recordar agora as duas objeções pelas quais Dworkin desconfia de qualquer teoria das necessidades sanitárias: a) a possibilidade de que a ideia de necessidades sanitárias se deslizasse para um princípio do resgate (que aparece como não razoável por sua incapacidade de justificar limites); b) a possibilidade de que na definição das necessidades sanitárias se incluam valorações morais subjetivas que pressuponham uma ideia particular do bem que gerem respostas públicas perfeccionistas (AÑÓN, 2009).

A proposta de Daniels parece salvar essas objeções, na medida em que apresenta superar uma insuficiência da proposta de Dworkin que se mostrava incapaz de dar conta da especial relevância que concedia ao *bem saúde*, ao fazê-lo merecedor de uma consideração específica (AÑÓN, 2009). Efetivamente, a proposta de Daniels salva a primeira objeção visto que a ideia de *funcionamento normal* pode operar também como um limite razoável. Para Añón (2009, p. 142):

No cualquier “necesidad” en cuanto a la protección de la salud es susceptible de convertirse en un título para una reclamación de atención sanitaria según criterios de justicia, por lo que no se corre el peligro de deslizamiento hacia el “saco sin fondo” del principio del rescate.

No que diz respeito à segunda objeção, a proposta de conectar o direito à saúde ao princípio da igualdade de oportunidades como um requisito ou condição necessária de seu cumprimento supõe vinculá-lo ao núcleo de uma teoria da justiça liberal rawlsoniano, de caráter razoável, inequivocamente, vinculado ao núcleo de uma teoria da justiça liberal e pouco suspeito em fazer parte de uma concepção particular e excludente do bem (AÑÓN, 2009). Para Añón (2009, p. 142), “[...] *la propuesta de Daniels parece superar esta segunda objeción al menos con el mismo éxito con lo que lo hace la argumentación de Nino, con la que guarda un cierto parentesco.*”

Evidentemente, a proposta de Daniels, inspirada em Rawls, não é a única via possível que tem a pretensão de fundamentar um direito à saúde. Uma interessante proposta que também tem uma certa inspiração rawlsoniana é a de Graciella Vidiella. Na realidade, sua proposta se inspira não somente em Rawls, mas diretamente em Kant, e adota ideias próximas as de Amartya Sen ou Nussbaum. Nesse ponto, faz-se necessário considerar as críticas que Vidiella faz a Daniels, porque levam a aspectos intrínsecos dessa discussão e também põem em questão o que parece ser as principais virtudes da proposta (VIDIELLA, 2000) e as consequências práticas de que ambas as teorias conduzem a soluções muito similares.

Assim, essencialmente interessa destacar duas críticas que Vidiella apresenta em relação à proposta de Daniels: a) que ao vincular o bem saúde com o princípio da justa igualdade de oportunidades concede ao bem saúde, uma demasiada importância e, por conseguinte, conduz à uma visão reducionista do bem saúde; e b) ao vincular o direito à saúde unicamente ao princípio de justa igualdade de oportunidades, não evita referir-se a concepções do bem e a ideia de

*funcionamento normal*, tomando partido pelas concepções do bem que cada sociedade aceita como *razoáveis* (AÑÓN, 2009).

Desse modo tomadas, parece que as objeções de Vidiella se dirigem precisamente às alegadas vantagens de uma proposta como a de Daniels em relação – por exemplo – a de Dworkin, a saber, justificar a especial importância da saúde em relação a outros bens e também não cair em uma concepção que privilegie de forma perfeccionista determinadas opções morais ou determinados planos de vida em detrimento de outros. As objeções de Vidiella podem não ser tão boas, mas as objeções ajudam a precisar essas questões.

A primeira dificuldade que Vidiella assinala é que, de algum modo, a proposta de Daniels, ao vincular o bem saúde com o princípio da justa igualdade de oportunidades o concede demasiada relevância em relação a outros bens que igualmente possuem também caráter importante. Além disso, essa perspectiva pode conduzir à uma visão demasiada reducionista do bem saúde, na medida em que o vincula estritamente às instituições de proteção da saúde, desconhecendo que a *produção* social do bem saúde não pode reduzir-se a essas instituições, pois está relacionada com a educação, alimentação, habitação, entre outras.

Vidiella observa que Daniels assume uma concepção da saúde como ausência de doença e que vincula a ideia de doença com a ausência de *funcionamento normal*. Contudo, para a referida autora, essa é uma concepção reducionista da saúde, que não consegue dar conta da conexão entre a saúde e outros bens não redutíveis ao âmbito das instituições protetoras da saúde, tais como: o meio ambiente, as condições de trabalho, habitação etc. Nesse sentido, a saúde, assim entendida, embora importante não o é mais que outros bens básicos (AÑÓN, 2009).

A concepção da saúde como ausência de doença privilegia os componentes somáticos causadores da doença (é uma concepção biologista e monocausal da doença) e geralmente prioriza a ação terapêutica sobre a preventiva. Frequentemente, baseado num modelo de pesquisa de eficiência terapêutica que se manifesta numa medicalização crescente, e na conversão da proteção da saúde num bem de consumo submetido à regulamentação do mercado, que marca em grande medida as necessidades sanitárias (AÑÓN, 2009).

Diante dessa concepção, seria mais adequada a teoria multicausal da doença que considera a relação saúde-doença como um processo resultante da

integração de diferentes aspectos. Mas nesse sentido, a saúde não poderia isolar-se de fatores como a educação, o meio ambiente, as condições socioeconômicas e de trabalho, os hábitos de vida, a alimentação etc. Disso resultaria inadequado privilegiar a saúde em relação a esses aspectos. Considerar a saúde como um bem especial, contribui para favorecer a perpetuação de um modelo baseado na pesquisa da eficiência terapêutica, em lugar de alternativas mais eficientes desse ponto de vista científico e social (AÑÓN, 2009).

Añón (2009) compartilha, em boa medida, essa última concepção de saúde, assim como a crença no caráter *multicausal da doença*. Compartilha também a compreensão da limitada eficiência de medidas de proteção da saúde centrada exclusivamente ou prioritariamente em medidas terapêuticas heroicas, baseadas na intensificação tecnológica.

O que não parece tão claro para Añón (2009) é que Daniels tenha desconhecido em sua proposta esses elementos. Se não foi possível levantar essas questões em sua consideração fechada da alternativa saúde-doença, mas no momento em que vinculou doença a sua concepção de funções *básicas* seria evidente que seu conceito de saúde estaria relacionado com aspectos que superassem a mera atenção médica, conectando-se com outros aspectos tais como alimentação e habitação, e dentro dos serviços médicos, incluindo os preventivos (AÑÓN, 2009). De fato, a proposta prática de Vidiella assume em boa medida a de Daniels, o que supõe entender como atuações básicas de um sistema institucional de proteção da saúde, as de medicina preventiva, saneamento ambiental e educação sanitária e nutricional, entre outras.

Assim vista, não parece que a diferença entre a proposta de Daniels e a que deriva das objeções de Vidiella em relação ao conceito de saúde e a suas implicações sejam profundas. Apesar da limitação da definição de saúde que parece assumir, Daniels acaba incluindo ali outros bens e considerações necessários para garantir o *funcionamento normal* e que remetem a aspectos diferentes dos que parecem coletados num conceito reduzido de saúde (DANIELS, 1981). Mas dessa forma, privilegiar o bem saúde implica também privilegiar na mesma medida outros bens que contribuem para manutenção da saúde e com ela a manutenção do *funcionamento normal* e da justa igualdade de oportunidades (limitadamente) garantida por aquele (AÑÓN, 2009).

Esse ponto é importante: Daniels assume a defesa de um conceito de saúde e doença que ele considera *fechado*. Nesse sentido, as necessidades relativas à atenção da saúde se limitariam àquelas coisas que se necessitam manter, restaurar ou proporcionar equivalentes funcionais (quando seja possível) do *funcionamento normal* da espécie. Estas necessidades seriam:

- a) alimentação adequada e habitação;
- b) condições de vida e trabalho salubres, seguras e não contaminadas;
- c) atividade física, descanso e outros elementos de estilo de vida saudável;
- d) serviços médicos pessoais preventivos, curativos e de reabilitação; e
- e) serviços de apoio pessoal e social não médicos.

Daniels assume que essas necessidades estão incluídas em sua concepção *fechada* de saúde/doença. Desde logo, não são os que habitualmente se pensam como necessidades de atenção à saúde. Considerando que se tende a ver essas, conforme crítica de Vidiella, como limitadas aos serviços médicos personalizados. “Pero Daniels asume que esta lista es estrecha en cuanto a la concepción de salud y enfermedad, pero no por ello ha de asumir la noción ordinaria de protección de la salud reducida a cuidados médicos personales [...]” (AÑÓN, 2009, p. 147).

Contudo, Vidiella prefere falar de *capacidades básicas de funcionar* que *funcionamento normal*. Essa ideia de capacidades básicas permitiria argumentar em favor de uma consideração integral das necessidades vinculadas ao desenvolvimento dessas capacidades, o que inclui não somente a saúde como também outras como a alimentação ou a educação, as quais gerariam igualmente direitos, na medida em que constituem condições necessárias para favorecer o desenvolvimento da autonomia (AÑÓN, 2009).

Nessa medida, sua aproximação é mais ambiciosa que o de Daniels que exclui, por exemplo, a educação em geral (deixando apenas a *educação sanitária*) dos elementos que contribuem ao *funcionamento normal*, visto que a situa entre outros condicionantes (como a renda) que afetam profundamente a igualdade de oportunidades (AÑÓN, 2009).

Nesse sentido, a diferença de Daniels não é tanto que este desconheça os aspectos concretos que contribuem ao bem saúde (da perspectiva do *funcionamento normal*) mas que sua visão baseada no *funcionamento normal* é

menos ambiciosa, pois se limita a saúde assim entendida e exclui explicitamente outros elementos que poderiam também contribuir à igualdade de oportunidades (AÑÓN, 2009).

Desse modo, a diferença entre as duas aproximações, do ponto de vista de privilegiar ou não a saúde, não é feita porque Daniels desconhece a complexidade do conceito de saúde, mas justamente porque ele utiliza o conceito de *funcionamento normal*, não somente para justificar a importância da saúde como também para limitar seu alcance (recorde-se que essa era uma das virtudes que o próprio Daniels atribui a seu modelo: a capacidade de determinar limites). Por outro lado, as objeções apresentadas por Vidiella de que Daniels é reducionista, na medida em que atribui importância excessiva à saúde, poderia ser respondida como a única forma para estabelecer limites razoáveis à expansão das necessidades (AÑÓN, 2009).

Assim, é conveniente atentar para a segunda objeção de Vidiella e observar se o conceito de *capacidades básicas* pode ser mais ambicioso e se pode permitir estabelecer limites razoáveis.

A segunda objeção que Vidiella faz a Daniels é a que diz que ao vincular o direito à saúde unicamente ao princípio da justa igualdade de oportunidades, Daniels não evita aludir a concepções do *bem* e que a ideia de *funcionamento normal* vincula-se às concepções do bem que cada sociedade aceita como *razoáveis*.

O raciocínio de Daniels e seu critério de *funcionamento normal* vinculado ao princípio da igualdade está destinado a não incluir a saúde entre os bens primários para não privilegiá-la frente a outros bens e exigir excessivos recursos para a mesma (AÑÓN, 2009).

O privilégio ao *bem* saúde vem unicamente de sua conexão com o princípio de igualdade de oportunidades. Contudo, o princípio da igualdade de oportunidades para Rawls se reduz a obtenção de empregos e ofícios. O autor citado supõe que a sociedade é uma empresa cooperativa para benefício mútuo, porque seu esquema prescinde de considerar situações de incapacidade, como também de idade, o que impediria de fato que alguns fossem participantes plenos.

A *extensão* que Daniels faz se baseia em ampliar os conceitos de sociedade e de oportunidade: a sociedade integraria outros, além dos produtores, e as oportunidades não se limitariam à obtenção de cargos e empregos, mas de



persecução dos “planos de vida”. Para Vidiella (2000), essa proposta não se separa do espírito da proposta de Rawls (visto que este também enfatiza o papel dos bens sociais primários na conquista efetiva das concepções particulares do bem); mas o que faz é introduzir sérios complicadores à ideia da justa igualdade de oportunidades. O motivo é que se as necessidades de saúde são definidas e hierarquizadas em função dos planos de vida, ter-se-ia que determinar quais são os planos de vida abertos em uma sociedade (AÑÓN, 2009). Segundo Vidiella (2000, p. 84):

A mi modo de ver, este modo de enfocar la cuestión no sólo no evita apelar a las concepciones del bien, sino que puede tener un impacto negativo en la libre prosecución de los planes de vida. En efecto, Daniels entiende que los servicios y necesidades sanitarias deben priorizarse en función de su incidencia respecto a la oportunidad de alcanzar los planes de vida ordinarios que ofrece cada sociedad. Con ello, más que eludir la referencia a las concepciones de lo bueno, se toma partido por aquellas que cada sociedad acepta como ‘razonables’.

Para evitar tal dificuldade, Vidiella propõe falar de desenvolvimento de *capacidades básicas* em lugar da igualdade de oportunidades, com o que se evitaria o problema de definir os planos de vida *razoáveis*. Também seria um critério mais razoável que o de *normal funcionamento da espécie*, que com seu caráter biologista impossibilita a sua vinculação com critérios de justiça e evita pressupostos jusnaturalistas.

Uma lista de capacidades básicas permitiria identificar as demandas prioritárias que satisfazem o critério normativo de pessoa moral. Dessa forma, com o que a doença e a incapacidade não seriam consideradas como impeditivo ao normal funcionamento do indivíduo, como membro da espécie. Entretanto, impede ou dificulta a possibilidade de definir uma pessoa em sentido moralmente relevante<sup>28</sup>.

Nesse sentido, diante da tentativa de Daniels de vincular o direito a saúde com a justa igualdade de oportunidades, Vidiella preferiria vinculá-lo a justa igualdade de oportunidades para estabelecer seu caráter igualitário, mas também no

---

<sup>28</sup>A lista de capacidades básicas de Vidiella seria: 1. Ser capaz de vivir hasta el fin de la vida lo mejor posible; 2. Ser capaz de estar libre de enfermedades evitables; 3. Ser capaz de alimentarse adecuadamente; 4. Ser capaz de poseer una vivienda digna; 5. Ser capaz de usar los cinco sentidos (o de compensar su ausencia); 6. Ser capaz de imaginar, pensar y razonar, tener emociones y expresarlas; 7. Ser capaz de interactuar con otros y de establecer vínculos afectivos; 8. Ser capaz de poseer una concepción de bien, perseguirla y revisarla; 9. Ser capaz de reconocer normas intersubjetivas; 10. Ser capaz de valerse por sí mismo en la edad adulta; 11. Ser capaz de educarse en su propio contexto; 12. Ser capaz de estar informado (VIDIELLA, Graciela. **El derecho a la salud**. Buenos Aires: Eudeba, 2000, p. 79).

princípio da diferença (compensar as desvantagens dos menos afortunados, nesse caso os doentes) e na ideia de autonomia moral (AÑÓN, 2009).

Nesse aspecto, faz-se necessário fazer referência, mesmo sumária, à proposta de Amartya Sen (1988). Como já se avançou ao considerar a restrição que Rawls realiza ao tomar em consideração somente os indivíduos *normais* e capazes de plena participação na sociedade, Sen considera que esta operação de abstração não está isenta de consequências na medida em que analisa superficialmente algo tão moralmente relevante como é a diversidade da espécie humana.

Ainda para o mesmo autor, esta operação não se trata de “[...] dejar de lado unos cuantos casos difíciles, sino de no tener en cuenta diferencias muy reales y extendidas [...]” (SEN, 1988, p. 150); conclui que julgar os níveis de vantagem exclusivamente em função dos bens primários, “[...] nos conduce a una moralidad parcialmente ciega [...]” (SEN, 1988, p. 150). Além disso o autor afirma que:

Pero junto a estas diferencias del ambiente natural y social y de las características externas, también nos diferenciamos por nuestras características personales (por ejemplo, edad, sexo, capacidad física y mental). Y estas últimas son importantes para dejar subsistir mucha desigualdad respecto a nuestra capacidad para llevar a cabo lo que valoramos. Una persona disminuida no puede funcionar de la misma manera que una persona sana, aunque ambas dispongan exactamente del mismo ingreso (SEN, 2000a, p. 33).

A ideia da diversidade humana e a consequente comprovação que as pessoas têm necessidades muito distintas, que variam o estado de saúde: idade e longevidade, as condições climáticas e geográficas, o lugar de trabalho, o temperamento etc. é uma ideia central na consideração crítica desse autor.

Para Sen (2000a), os que sofrem algum tipo de incapacidade não poderiam concretizar seus projetos, apesar de terem o mesmo índice de bens primários de outros que não sofrem de incapacidades. Mas, mesmo para os casos que estejam dentro da *normalidade*, a igualdade de bens primários não é um índice satisfatório, pois as citadas diferenças em relação a fatores como a idade, o local de moradia, sexo, cultura, saúde etc. e a diferença de necessidades que estes fatores geram tornam problemático julgar esses casos meramente pelo índice de bens primários. Contudo, o problema não será tanto a igualdade ao acesso aos bens primários (ou aos recursos), mas deve considerar também o proveito que os indivíduos obtêm em função de suas necessidades (AÑÓN, 2009).

Nesse ponto, Sen se separa das posições de Rawls e Dworkin, embasadas na igualdade de bens primários ou de recursos, já que esses autores se

concentram sobre tais bens sem levar em conta o que estes supõem para os distintos indivíduos.

Embora valorizando esse tipo de proposta como um passo importante na filosofia política contemporânea deu maior atenção à liberdade (em contraposição as posições utilitaristas), estas trocas seriam insuficientes, já que:

[...] si estamos interesados en la libertad de elección, entonces tenemos que prestar atención a las posibilidades que la persona tiene de hecho y no podemos dar por supuesto que se obtendrán los mismos resultados solo observando los recursos de que él o ella dispone. (SEN, 2000b, p. 33).

Contudo, a proposta de Sen não é assistencialista nem utilitarista, como tem dito Gargarella (1999, p. 76), “[...] lo que debería tomarse en cuenta es algo ‘posterior’ a la tenencia de tales recursos, pero ‘anterior’ a la obtención de utilidad, como puede ser, por ejemplo, el nivel nutricional de cada uno.”

O nível intermediário, ao contrário que o baseado em bens básicos ou recursos, não pecaria de fetichista como fazem essas concepções, posto que em lugar de ocupar-se de coisas boas, ocupa-se diretamente do que essas coisas produzem nos seres humanos (que como tem argumentado podem ter efeitos diferentes). Mas, frente à aproximação utilitarista (que se ocupa do que essas coisas supõem para as pessoas), valora o que cada pessoa pode fazer com esses bens e não sua reação mental (SEN, 1988).

Mesmo colocando as *capacidades básicas* nesse nível intermediário, o próprio Sen as entende como “[...] una extensión de la preocupación de Rawls por los bienes primarios, desplazando la atención de los bienes, a lo que los bienes suponen para los seres humanos [...]” (SEN, 1988). Neste aspecto é possível comparar as implicações da proposta geral de Sen, com o intento de Daniels de *estender* a teoria de Rawls.

Rawls, por um lado, e Daniels por outro têm rejeitado a proposta de Sen com dois argumentos que são familiares para Añón (2009). Rawls objeta que a postura de Sen se embasa numa doutrina particular que hierarquiza as distintas realizações e estilos de vida das pessoas. De acordo com Añón, não se deve entrar nessa polêmica extremamente complexa, salvo na medida em que clareia a postura de Sen. Este o replica que “[...] la capacidad refleja la libertad de una persona para elegir entre vidas alternativas, o combinaciones de funcionamientos, y su valoración no necesita que se presuponga unanimidad en lo que se refiere a um conjunto específico de objetivos.” (SEN, 2000b, p. 99).

A proposta de Sen, então, parece determinar certas capacidades indispensáveis que os indivíduos necessitam implantar para conquistar um grau aceitável de autonomia (AÑÓN, 2009).

Daniels, por sua parte, contrapõe que uma proposta como a de Sen, baseada na *igualdade de capacidades básicas*, leva à exigência de igualdade de oportunidades que se estenda mais além de seu próprio conceito de *funcionamento normal* (DANIELS, 1999). Com ele, segundo Daniels, o direito à saúde se faria tão extensivo que seria ingovernável a administração de um sistema de proteção de saúde. Resta a questão de saber se um índice de capacidades básicas como o que propõe Vidiella serviria para eliminar esse problema (AÑÓN, 2009).

Contudo, apesar de aparente distância que essas críticas provocam, pode-se notar que tanto Vidiella como Daniels estão lidando com conceitos muito similares e em movimento no mesmo terreno. A ideia de uma igual proteção das *capacidades básicas* de Vidiella e a proteção do *funcionamento normal* para a justa igualdade de oportunidades de Daniels, na realidade não são tão separadas quando se trata de propor um modelo para a prática (AÑÓN, 2009). A proposta concreta de um sistema de saúde baseado nos princípios propostos seria muito similar, em ambos casos (e que mesmo, nessa proposta Vidiella segue explicitamente a Daniels) (VIDIELLA, 2000). Estaria ordenada em quatro níveis dispostos em ordem de prioridade (AÑÓN, 2009):

- a) medicina preventiva, saneamento ambiental, educação sanitária e nutricional. Esse nível estaria destinado à preservação da pessoa, com o pleno funcionamento de suas capacidades;
- b) serviços curativos e de reabilitação com a finalidade de restaurar a capacidade de estar livre de doenças evitáveis;
- c) serviços médicos e paramédicos tendentes a compensar a perda da capacidade de estar livre de doenças evitáveis em incapacidades físicas e psíquicas não demasiado severas e nos pacientes crônicos, não graves. Têm capacidades que não podem restaurar-se, mas compensar-se: cadeiras de rodas, cães guia, insulina a diabéticos etc;
- d) cuidados especiais para aqueles cujas capacidades não podem curar-se nem compensar-se, como é o caso de incapacidades mentais graves, pacientes com patologias crônicas severas e doentes terminais.

### 3.2.2 Uma política de acesso universal à proteção da saúde e o uso de transferências em espécie

Mas a questão da especialidade ou não de bem saúde pode levantar algumas questões. Um autor como Jacobs tem questionado que se a saúde é concebida como um bem maior, como supõem alguns autores liberais, que tem de ser tratado como outros bens no quadro de um mercado e/ou de um quadro social competitivo, então, será inviável teoricamente defender, ao mesmo tempo, o acesso universal à proteção da saúde (JACOBS, 2004a). Añón (2009, p. 154) considera que:

El blanco principal de su crítica es la teoría de Dworkin, pero en cierto modo también podría afectar a la concepción de Daniels (no tanto a la de Vidiella-Sen), a pesar de que este autor admite una cierta especialidad del bien salud. Naturalmente, si esta objeción fuera acertada, la teoría de Dworkin sería contraria a una de las intuiciones e ideales más extendidos sobre uno de los caracteres que deba tener una sociedad que pueda ser considerada como justa, lo cual al menos resultaría llamativo.

Essencialmente, o argumento de Jacobs consiste no seguinte: o igualitarismo de Dworkin, ao ser – segundo a própria expressão de Dworkin – *sensível à ambição*, ou melhor, sensível às diferentes ambições, objetivos e eleições dos indivíduos, resulta incompatíveis com uma política de acesso universal à proteção da saúde, na medida em que obriga a optar por um sistema de proteção da saúde baseado em transferências monetárias, e não a provisão em espécie que, sempre segundo Jacobs, seria o único mecanismo compatível com o acesso universal (AÑÓN, 2009).

Como se vê, trata-se de uma argumentação com certa complexidade e que ataca o núcleo do que Dworkin tem dito sobre a proteção da saúde. Será preciso então abordá-lo com certa atenção.

Jacobs introduz a distinção entre transferência redistributivas em espécie e em dinheiro. O elemento central de seu argumento consiste em que “[...] uma política de acesso universal à proteção da saúde implica o uso de transferências em espécie e não permite aos cidadãos trocar benefícios relativos à atenção da saúde por dinheiro e outros bens [...]” (JACOBS, 2004b, p. 140, tradução nossa).

Jacobs rechaça que a distinção entre benefícios em dinheiro ou em espécie seja uma mera questão ideológica sobre as políticas sociais, uma divisão entre a direita e a esquerda: as transferências em espécie não supõem

necessariamente que a prestação seja efetuada diretamente pelo Estado, mas que os benefícios não são negociáveis e trocados e, por isso, são compatíveis com a medicina privada (AÑÓN, 2009).

Paralelamente, também rechaça que a decisão de optar por transferência em espécie ou em dinheiro seja sempre uma questão puramente técnica: ao menos em algumas ocasiões, a justificação normativa de uma política redistributiva é vinculada com o uso de um determinado tipo de transferência. Por isso, em tais ocasiões, essa justificação não somente proporcionaria as bases normativas sobre as quais se sustenta tal política de transferências redistributivas, mas que também exigiria que se realizassem de uma determinada maneira (em dinheiro ou em espécie) (JACOBS, 2004a).

A tese de que o princípio igualitário abstrato de Dworkin era incompatível com uma política de acesso universal à proteção da saúde, depende – no esquema argumentativo de Jacobs – de que seja necessária uma política de transferências em espécie não monetárias para que esse acesso universal seja garantido (AÑÓN, 2009).

Jacobs observa que esse requisito tem sido pouco discutido nas aproximações normativas sobre as questões do acesso universal à proteção da saúde. A razão de Jacobs considerar que é necessário um sistema de transferência em espécie é a seguinte: o núcleo de uma política de acesso universal à proteção da saúde consiste no princípio de que a competição não é o mecanismo adequado para a distribuição dos produtos e serviços de proteção da saúde *medicamente necessários* (JACOBS, 2004a), ou – de forma igual – que as pessoas não devem ser tratadas como se fossem concorrentes em relação à proteção da saúde, o que significa que, nesse sentido, não devem ser consideradas como se fosse um prêmio que deve ser dado aos ganhadores e negado aos perdedores.

Assim, embora se tenha que fazer escolhas trágicas sobre os recursos destinados à proteção da saúde, isto não significa que os beneficiários e os que não o são tenham que ser vistos respectivamente como ganhadores e perdedores (AÑÓN, 2009).

Na medida em que todo mundo tem acesso, ninguém pode dizer-se perdedor; o fato de que se utilizem prestações em espécie que não podem ser trocadas por outros bens, faz com que os indivíduos não possam competir uns contra os outros pelos serviços e produtos sanitários (AÑÓN, 2009).

Também, de acordo com Jacobs, o princípio de que a proteção da saúde não deve submeter a um jogo competitivo, proporciona uma explicação de que a capacidade de pagamento não é uma forma adequada de distribuição da assistência sanitária; o que resulta moralmente problemático do critério da capacidade de pagamento não é a mercantilização da atenção à saúde, mas o contexto no qual a capacidade de pagamento opera, por exemplo, num mercado competitivo no qual os preços são definidos por compradores competitivos, como no esquema de Dworkin (AÑÓN, 2009).

A razão a que Jacobs atribui ao esquema de Dworkin não conseguir justificar uma redistribuição em espécie, em matéria de proteção de saúde e com isso, não poder garantir acesso universal é a preocupação para construir uma teoria igualitária que seja *sensível a ambição*. Dworkin assume que apesar de todas as discrepâncias filosóficas e ideológicas existe um consenso em torno do princípio fundamental de toda moralidade política nas sociedades democráticas, que é o que denomina o *princípio igualitário abstrato* e que diria que “[...] o governo tem que atuar para melhorar a vida dos que governa e deve tratar com igual consideração a vida de cada um deles [...]” (DWORKIN, 2000, p. 119). Na concepção Añón (2009, p. 158):

Existiendo ese consenso generalizado, el problema vendría en torno a cómo interpretar este principio. El, sin embargo, considera que para mostrar igual consideración y respeto por la vida de cada uno de los gobernados, el gobierno debe diseñar un mecanismo de distribución de los recursos poseídos privadamente que trate a cada individuo como igual. Para ello, este mecanismo debería ser sensible a las diferentes ambiciones, objetivos y elecciones de cada individuo: es lo que denomina la “sensibilidad a la ambición”. Por tanto, un esquema distributivo debería idealmente igualar las circunstancias de las personas, pero no su personalidad: se deberían igualar los recursos e incluso compensar por menores capacidades, pero no igualar de tal forma que no sea sensible a los gustos, ambiciones o planes de vida.

O mecanismo do *seguro prudente* pode ser entendido como uma aplicação dos princípios ao campo da distribuição do acesso à proteção da saúde. Esse mecanismo resulta *sensível à ambição* na medida em que pretende que o gasto com a proteção da saúde deve ser sensível às ambições particulares e aos planos de vida de cada pessoa: supõe-se que permite determinar o valor que cada um dá a saúde em comparação com outros bens e oportunidades que também valoriza. Também, a introdução da *sensibilidade à ambição* permite manejar as decisões sociais sobre gastos na proteção da saúde como um conjunto de decisões

individuais e, com isso, fazer os indivíduos diretamente responsáveis pelo custo da proteção da saúde que recebem (AÑÓN, 2009).

De fato, Jacobs (2004b) sustenta que essa insistência na *sensibilidade à ambição* faz com que a proposta da igualdade de recursos de Dworkin seja compatível com o caráter geral das transferências monetárias, mas que geralmente resulta incompatível com o uso de transferências em espécie. Efetivamente a teoria de Dworkin tende a estar mais razoavelmente adaptada em termos de mercado, já que supõe que o mercado e o dinheiro são mecanismos que permitem ser *sensível à ambição*, a saber, traduzir a importância relativa que cada indivíduo concede aos diferentes bens e recursos. Nesse sentido, o dinheiro permite as pessoas comprar o que quiserem, enquanto os benefícios, em espécie, estão restritos a determinados usos (AÑÓN, 2009).

Jacobs (2004a) assinala com um exemplo: suponha que uma pessoa que é cidadã de um Estado onde existe um sistema de acesso universal à saúde e essa pessoa contraia uma doença, cujo tratamento seja coberto pelo sistema público de proteção da saúde. Essa pessoa poderia preferir que lhe fosse entregue o dinheiro que custearia o tratamento em lugar de se submeter ao tratamento, já que prefere comprar outras coisas que valora mais que a atenção da saúde. Deveria o sistema de proteção da saúde entregar a essa pessoa o dinheiro que custearia o tratamento? Um esquema igualitário *sensível à ambição* deveria compensar o paciente com aquilo que valorar mais e deixar de operar através de transferências em espécie, entregando-lhe o dinheiro. Mas, com isso, segundo Añón (2009), deixa de ser um sistema de acesso universal à proteção da saúde.

Mesmo que Jacobs tenha razão em sua crítica, não segue que o esquema de Dworkin seja inválido. O fato de que este se situe fora da ideia bastante generalizada – de que uma sociedade justa deve garantir o acesso universal a um mínimo de proteção de saúde bem poderia estar justificado (como admite o próprio Jacobs). Por um lado, Dworkin poderia responder em sua defesa que a ideia de que deva estar garantido um acesso universal à proteção da saúde é tão poderosa porque os indivíduos se movem em um contexto de amplas desigualdades na riqueza e quando alguém não tem acesso à proteção da saúde normalmente é porque é pobre (AÑÓN, 2009).

Dessa forma, em uma sociedade mais igualitária (mais justa) esta ideia não tenderia tanta força, na medida em que a falta de acesso à proteção da saúde



não seria determinada pela pobreza (AÑÓN, 2009)<sup>29</sup>. Por outro lado, e em conexão com este último, no esquema de Dworkin se alguém não tivesse acesso à proteção da saúde (ou à uma certa prestação) não seria em razão de sua riqueza, mas em virtude das escolhas que previamente realizou, ou seja, cada indivíduo seria responsável em razão do tipo e extensão de cuidados que receberia (JACOBS, 2004a).

Essas últimas considerações reportam à questão da especialidade ou não da saúde como bem. Efetivamente, a existência de uma ideia bastante generalizada de que em uma sociedade justa deve estar garantido o acesso universal à proteção da saúde depende da circunstância de que no contexto atual, se alguém não tem acesso a essa proteção a causa é sua pobreza ou é uma questão (até certo ponto) independente? (AÑÓN, 2009).

Provavelmente, a razão subjacente a que se conceda tanta importância ao acesso à proteção da saúde e que o faz também com relativa independência de outras considerações igualitárias (econômicas) é porque se julga que de alguma forma o acesso à proteção da saúde é, de algum modo, especial, é diferente de outros bens que se toma em consideração. A especialidade não tem de ser entendida necessariamente no sentido de que a saúde mais importante ou mais valiosa que outros bens. Talvez basta que se entenda que sua especialidade significa que sua distribuição não tem que ser realizada de forma igual a outros tipos de bens, ou seja, entrar em competição com eles (AÑÓN, 2009), como crítica Jacobs.

Y en efecto, buena parte de los liberales igualitarios empezando por Dworkin, ante la pregunta que hemos hecho de si la preocupación por establecer algún modo de política pública de acceso suele ser por cuestiones de pobreza o es una preocupación de los liberales igualitarios parece ser más que la protección de la salud sea asequible (mediante un sistema de seguros) para todos, que accesible para todos. La diferencia entre el criterio de la asequibilidad para todos. La diferencia accesibilidad universal se pone de manifestó cuando una persona para la cual sería asequible comprar un seguro de protección de la salud decide no hacerlo. La accesibilidad universal parece presuponer, entonces, una cierta especialidad del bien salud, por un lado, y que su provisión sea en especie – no sólo como medida organizativa, sino a efectos de justificación (AÑÓN, 2009, p. 163).

A partir das temáticas abordadas, a universalidade do direito à saúde tornou-se questão fundamental e extremamente complexa para compreensão da

---

<sup>29</sup>AÑÓN, Carlos Lema. **Salud, justicia, derechos**: el derecho a la salud como derecho social. Madrid: Dynkinson, 2009, p. 160.

efetivação do direito à saúde no mundo e, em especial na América Latina. Em razão disso, a configuração da saúde como direito universal será precisamente um dos eixos que se pretende desenvolver no capítulo que segue, o que entre outras coisas implica uma forma diferente de analisar as questões de universalização e discriminação, com o escopo de compreender os critérios de inclusão e exclusão no campo do direito à saúde.

#### **4 UNIVERSALIZAÇÃO VERSUS DISCRIMINAÇÃO:** confronto com uma concepção de direito à saúde

Um dos problemas mais significativos da filosofia política normativa contemporânea de caráter igualitário tem sido a especificação do objeto da própria igualdade. Ou como afirmou Amartya Sen (1999), em famosa conferência, o debate se coloca em termos de *igualdade de quê?*

Supondo que a igualdade seja um valor inquestionável em qualquer teoria da justiça social, a questão deve ser postas nas diferentes possibilidades de conjugação da ideia de igualdade, tais como: igual felicidade, igual bem-estar, igual riqueza, igual recurso, igual direito, igual oportunidade. Nessa linha de pensamento existem diversas probabilidades teóricas como, por exemplo: a igualdade de bens primários em Rawls, a igualdade de recursos de Dworkin ou a igualdade de capacidades de Sen e Nussbaum.

##### **4.1 Igualdade de recursos e igualdade de oportunidades**

Conforme tem destacado Ribotta (2010), apesar da riqueza das distintas contribuições e da complexidade de suas implicações, na discussão sobre a ideia de igualdade duas possibilidades têm se destacado, quais sejam: a igualdade de recursos e a igualdade de capacidades.

No entanto, não importa quão abstrata pode ser a discussão filosófica, no âmbito da proteção da saúde. O próprio Sen (2000a), tem observado que a orientação em relação ao objeto da igualdade pode ser um problema prático de difícil separação (AÑÓN, 2009).

Assim, na definição de políticas públicas de saúde pode ser necessário fazer-se uma separação entre duas orientações fundamentais, quais sejam: uma orientação para os recursos; outra, para os resultados. Em síntese, pode ser necessário definir a igualdade nas conquistas de saúde (ou suas correspondentes liberdades associadas) ou na distribuição dos recursos de saúde.

Nesse sentido, percebe-se que, em regra, aparecem essas duas orientações em dualidade: ou a igualdade nos recursos ou a igualdade nas capacidades. Em algumas ocasiões, as consequências de se optar por uma ou outra dessas orientações não é significativa. De outro lado, é possível tentar se construir

teorias que sejam capazes de conjugar ambas as vertentes, tais como a proposta de Daniels, que é centrada na igualdade de oportunidades, como foi visto anteriormente.

No entanto, deve-se ressaltar que, não raro, as orientações configuradas na igualdade de recursos e na igualdade de oportunidades podem conduzir a consequências profundamente divergentes, o que demonstra a dificuldade de harmonização das duas orientações numa única proposta coerente.

Além do problema da determinação do conteúdo da igualdade, tem-se outro grave problema que guarda um certo paralelismo, qual seja: Grosman (2008) tem tentado determinar o alcance do direito à saúde como padrão mínimo de proteção para que assim possa estabelecer os deveres normativos dos Estados para a garantia desse direito.

O esquema utilizado por Grosman é muito semelhante ao das orientações abordadas acima (orientação para igualdade de recursos e igualdade de capacidades) posto que, na perspectiva do autor, são duas as interpretações possíveis: a) que todos os indivíduos têm direito a gozar de um nível mínimo de saúde; b) que todos os indivíduos têm direito de exigir que o Estado reverta uma quantidade mínima de recursos na proteção da saúde de cada um. O autor denomina a primeira *Salud Mínima* e a segunda, de *Gasto Mínimo*. Añón explica o pensamento de Grosman:

Para entender bien el alcance de estos modelos son oportunas dos matizaciones. La primera es que no cabría una opción intermedia, ya que cualquier combinación ecléctica acabaría deslizando hacia el modelo de la "salud mínima". La razón es que si todo individuo tiene derecho a un nivel mínimo de gasto (gasto mínimo), pero si en el caso de que ello no llegue para proteger su salud tiene derecho a fondos adicionales (para garantizar la salud mínima), entonces la noción de mínimo de gasto es superflua. La segunda matización es que hemos de entender que dada la existencia de enfermedades incurables, la opción de "Salud Mínima" aspira únicamente a hacer lo posible, no a garantizar un resultado, lo que sería imposible. No parece fácil determinar en abstracto cuál de las dos opciones es una interpretación más adecuada de lo que significa el derecho a la salud. El propio Grosman parece inclinarse por la del "gasto mínimo" en atención principalmente a argumentos que ya nos son conocidos y que ya hemos discutido, como el de la voracidad del derecho a la salud, la necesidad de establecer límites al gasto ante la escasez de recursos y la supuesta imposibilidad de plantear techos de que adolecería la opción por la "salud mínima". (AÑÓN, 2009, p. 168).

Segundo o autor aludido, o compromisso com o critério de *salud mínima* significaria a impossibilidade de negar a inclusão e o financiamento público de tratamentos médicos considerados caros ou ineficazes, se de alguma forma esses

tratamentos pudessem permitir que uma pessoa alcançasse o nível mínimo de saúde.

Como a escassez de recursos determina que alguns tratamentos não podem ser financiados pelo Estado, seria necessário uma variante menos ambiciosa do sistema de *salud mínima*. Para Añón (2009, p. 169) o que ocorre é que ao incorporar uma restrição desse tipo, “[...] el sistema de salud mínima se desdibujaría hasta hacerse imposible distinguirlo del gasto mínimo.” Por outro lado, Grosman (2008, p. 105) entende que “[...] para que el sistema de Salud Mínima resulte plausible es inevitable que tome la forma de alguna versión del gasto mínimo.”

Añón (2009), contudo, tem a concepção de que essa não é a única possibilidade. Parece, segundo ele, que se pode considerar que ambos os enfoques são compatíveis se forem verificados como estratégias adequadas a distintas dimensões do problema. Crê o autor que quando se opta pela variante do *gasto mínimo*, estar-se-á entendendo o direito à saúde como um direito à assistência sanitária, e quando se opta pela variante da *salud mínima* estar-se-á discutindo o problema do direito à saúde vinculado aos seus condicionantes sociais, com aqueles elementos sociais que determinam à saúde e nas questões necessárias que incidem para garantir a equidade na condição da saúde das pessoas.

O fato de que a primeira opção seja a mais seguida, com exclusão da segunda opção, acaba representando uma manifestação do prejuízo da maioria das discussões sobre a justiça social, direitos humanos e saúde, pois limitam a discussão da saúde ao problema da atenção sanitária. No entanto, deve-se ressaltar que nem tudo que tem a ver com saúde e justiça está incluído na discussão da atenção sanitária porque, na realidade, essa última é apenas uma parte limitada da questão.

Com efeito, na medida em que se compreende que uma concepção complexa do direito à saúde não pode estar resumida a um de seus elementos (no caso, a atenção médica), faz-se imperioso analisar as duas dimensões da questão.

Do ponto de vista do direito à saúde com *gasto mínimo*, ou na orientação baseada na igualdade de recursos, entende-se equidade no sentido de que “[...] toda pessoa que necessite de serviços de saúde receberá a mesma quantidade de recursos que outra pessoa com necessidades semelhantes.” (GROSMAN, 2008, p. 105). Nessa perspectiva, esse enfoque parece o mais adequado para a distribuição equitativa da atenção sanitária como dimensão do direito à saúde. Essa afirmação

parece adequada para tratar de dois problemas fundamentais que atormentam a questão do direito à saúde, a saber: o da inclusão e o da escassez.

Diante da questão da inclusão torna-se necessário discutir a questão da titularidade do direito à saúde, em especial, o critério da universalidade, ou seja, se o direito à saúde é universal e deve ser garantido a todos os cidadãos de um Estado ou se residentes não-cidadãos de um Estado devem também ser incluídos ou ainda, se se trata de um direito que somente subsidiariamente deve ser oferecido àqueles que mais necessitam, por falta de recursos econômicos.

Com o problema da escassez faz-se fundamental tratar quais os critérios de justiça devem ser utilizados para a distribuição de recursos médicos escassos.

Assim, na medida em que se concebe que o direito à assistência sanitária é tão somente parte do direito à saúde, torna-se imprescindível discutir os problemas vinculados aos determinantes sociais da saúde que, certamente, afetam com mais intensidade a vida das pessoas do que a própria distribuição da atenção médica.

#### **4.2 Universalidade dos direitos humanos e a titularidade do direito à saúde**

A universalidade dos direitos humanos, entre os quais se pressupõe os direitos sociais e entre estes o direito à saúde, é uma característica que se apresenta como distintiva e constitutiva da própria ideia de direito, mas percebe-se que entre a dogmática jurídica e a filosofia do direito a característica da universalidade dos direitos sociais em geral e, particularmente, o direito à saúde, acaba fragilizada.

A concepção tradicional dos direitos humanos reconhece a sua universalidade, mas ressalva que em relação aos direitos sociais essa característica não pode ser mantida, por dois motivos: porque seria conceitualmente equivocado falar-se em direitos sociais universais e os direitos sociais não são para todos, mas apenas para aqueles que necessitam. Assim, como o direito à saúde é um direito do tipo social e de prestação deveria, preferencialmente, ser destinado àquelas pessoas que mais necessitam dele.

Alexy (1993, p. 482) afirma que os direitos sociais “[...] são derechos del individuo frente al Estado a algo que – si el individuo tuviera los medios financieros suficientes, y si encontrase en el mercado una oferta suficiente – podría obtener también de los particulares.” Os direitos sociais aparecem identificados como direitos

de prestação, mas o que parece ser mais importante são direitos que estão vinculados à impossibilidade que têm alguns de obter determinados bens e serviços no mercado. Nessa linha de raciocínio, a provisão de tais produtos no mercado é pressuposta como a lógica de obtenção de tais bens/serviços e que apenas subsidiariamente, quando da impossibilidade de obtenção no mercado por alguns, deve justificar-se a intervenção do Estado.

Em resumo, somente na impossibilidade de prestação desses bens e serviços pelo mercado os direitos sociais estariam justificados. Assim, parece inequívoco que, se apenas determinados bens e serviços objeto dos direitos sociais não estão ao alcance de todas as pessoas, então, os direitos sociais são direitos de algumas pessoas e não direitos universais. Na contramão dessa afirmativa, Añón (2009, p. 172) assinala que:

Por el contrario, creo que se puede defender, frente a esta postura que considera que los derechos sociales son sólo para quienes más los necesitan, que los derechos sociales, y entre ellos naturalmente el derecho a la salud, son para todos. Por decirlo de otra manera, más categórica, los derechos sociales son para todos o no son tales derechos. De este modo, probablemente vaya contra el sentido común jurídico y doctrinal establecido.

Diante da *universalidade* dos direitos humanos, faz-se referências a diferentes questões, embora relacionadas entre si. Efetivamente como *universalidade*, não raro, refere-se a que o valor dos direitos humanos não é relativo a uma cultura determinada. Independente de uma origem histórica e geográfica concretas, a característica da universalidade se refere à constituição de um mínimo ético aceitável por toda a humanidade, no momento presente.

Embora se reconheça a profundidade da presente discussão, há um aspecto da característica da universalidade dos direitos humanos menos controvertido e que se apresenta mais produtivo para a análise que se pretende realizar, qual seja: a titularidade dos direitos, ou melhor, a universalidade dos direitos humanos, na perspectiva de que todos os seres humanos são titulares de direito humanos.

Observe-se que não se trata de um assunto completamente desvinculado da universalidade moral dos direitos, mas que tem suas próprias particularidades. Veja-se que se os direitos humanos são universais e que seu valor não depende do contexto social, então, é lógico que não se pode imaginar que alguém deixe de ser titular de direitos humanos por estar em um determinado contexto social ou cultural, ou seja, a universalidade dos direitos humanos, em relação aos seus titulares, tem

um sentido que independe da solução que se dá ao problema da universalidade ou relatividade moral dos direitos humanos.

A extensão dos direitos humanos deve ser garantida a todas as pessoas, sem exceção, se existirem exceções não se está falando de direitos humanos. Para Ferrajoli (1999, p. 37), direitos fundamentais são: “Todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a ‘todos’ los seres humanos en cuanto dotados del *status* de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar.”

Para o citado autor esta é uma definição teórica dos direitos que responde a pergunta o que são direitos fundamentais, todavia não responde a pergunta de quais direitos fundamentais se está tratando. É, por isso, uma definição formal que prescinde dos interesses e necessidades tutelados pelos direitos.

A universalidade, em relação aos titulares do direito tem uma exceção, ou melhor, uma matização com referência a seu alcance. Añón (2009) refere-se aos casos de especialização de sua titularidade. Bobbio (1992) destacou o processo da especialização dos direitos como uma marca da evolução histórica dos direitos fundamentais. Efetivamente, para Añón (2009), o processo de especialização supõe a existência de uma situação particular de vulnerabilidade social quando da aferição de direitos.

A especialização da titularidade dos direitos consiste em conferir direitos próprios a sujeitos particulares. Dessa forma, pode-se afirmar que os direitos das mulheres, os direitos das crianças, os direitos das pessoas com deficiência, os direitos dos quilombolas não podem ser considerados universais em sua titularidade na perspectiva anteriormente exposta. Não são universais em sua titularidade, tendo em vista que nesses casos a universalidade não é predicada a todos os seres humanos em sua generalidade, mas tão somente àqueles que se encontrem em determinada condição.

Deve-se, no entanto, assinalar que essa objeção não é uma refutação ao caráter universal dos direitos humanos. De outra forma, a especialização da titularidade dos direitos humanos não lhes retira a humanidade nem a universalidade.

A razão disso se configura na afirmação de que esses direitos, ainda que com titularidade específica, continuam universais, na medida em que seus titulares são todos aqueles que pertencem à mesma classe de indivíduos, a exemplo: das mulheres, das crianças, das pessoas com deficiência, dos quilombolas. São



universais enquanto seus titulares são todos aqueles que se encontrem na mesma condição, sem exceção.

Nessa perspectiva, a análise precedente não é estruturalmente diferente dos casos em que se predicam direitos a todos os seres humanos, pois o conjunto de *seres humanos* também designa uma espécie de indivíduos, também especifica os titulares de uma categoria mais ampla, qual seja, os *seres vivos* (na qual se encontram os animais irracionais, as plantas e os seres unicelulares).

Além disso, quando se aborda os direitos dos seres humanos, em regra, faz-se referência às pessoas presentes (não as que já morreram ou as que ainda não nasceram), assim, pode-se concluir que mesmo nas formulações mais abstratas, sempre haverá limitação, ainda que pressuposta. Considera-se, como fez Añón (2009), que o conjunto de seres humanos, a humanidade é uma categoria moral, não uma categoria natural.

El rasgo de la universalidad en cuanto a los titulares viene dado, entonces, por el hecho de que los titulares sean todos los individuos pertenecientes al conjunto definido por el derecho, sin excepción, no por que ese conjunto necesariamente se identifique con la humanidad. Naturalmente muchos de los derechos humanos siguen teniendo como titulares a todos los seres humanos (presentes), pero el rasgo de la universalidad no exige (AÑÓN, 2009, p. 175-6).

Na mesma linha, Esping-Andersen afirma que, na prática, mesmo nos estados em que os governos são mais assertivos na ampliação da extensão da titularidade dos direitos sociais existem limitações e/ou condições para seu exercício, tais como ser cidadão do estado ou ter residência fixa no país em questão (ESPING-ANDERSEN, 1993).

A característica da universalidade é, por fim, uma condição necessária do ponto de vista formal, contudo, isso não resulta ser uma condição suficiente do ponto de vista material, posto que uma formulação equivalente às precedentes sobre direitos humanos específicos pode apresentar-se inaceitável, quando a categoria eleita for discriminatória como, por exemplo, quando se afirma que *todo homem branco tem direito à habitação*. Essa limitação é semelhante ao que ocorre em âmbito dos juízos morais, em Kant<sup>30</sup>. Considera-se, em regra, que a universalização

---

<sup>30</sup>Para Kant o imperativo categórico se expressa na máxima: *age somente, segundo uma máxima tal, que possas querer ao mesmo tempo que se torne lei universal*, ou como imperativo universal: *age como se a máxima de tua ação devesse tornar-se, por tua vontade, lei universal da natureza*, ou ainda como imperativo prático: *age de tal modo que possas usar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre como um fim ao mesmo tempo e nunca apenas como um meio*. (KANT, Emmanuel.

é um requisito de todo juízo moral, ou seja, para que um juízo seja considerado moral precisa ser universalizável. A universalidade do juízo moral é uma condição necessária, mas não suficiente para configuração. Não se pode aceitar um juízo como moral, sem que passe no teste da universalização. Na avaliação de Añón (2009, p. 175-176):

[...] no parece que este requisito pueda funcionar siquiera como una presunción de corrección moral desde el momento en que resulta posible emitir juicios aberrantes desde cualquier punto de vista que no obstante superarían el requisito de la universalidad.

No entanto, esse paralelismo entre a forma universal dos direitos humanos e o requisito da universalização dos juízos morais assinala uma conexão mais forte entre uns e outros (HABERMAS, 1998, p. 68). A característica da universalidade moral se relaciona com a característica da coerência, outro requisito formal do discurso moral. Nessa linha de pensamento, Añón (2009, p.1977), citando Mackie, afirma que:

[...] los juicios morales son universalizables en el sentido de que cuando alguien hace de forma sincera un juicio moral queda obligado a adoptar el mismo punto de vista con respecto a cualquier acción *relevantemente similar*. Por lo tanto la universalidad de los juicios morales lo que exige en primer lugar es la coherencia, puesto que no resulta aceptable que lo que vale en un caso, no valga en otro idéntico. Trasladado al ámbito de los derechos, la universalidad como coherencia hace que no sea aceptable que si alguien fuese titular de un derecho humano, no lo fuese en cambio otro sujeto similar; o dicho de forma más precisa, que no lo fuese un sujeto perteneciente a la misma clase.

Por esse motivo, a quantificação universal da classe dos sujeitos titulares dos direitos fundamentais é uma característica que permite fazer uma definição formal dos direitos humanos, mas também possui significado moral. A universalidade dos direitos humanos, em relação à titularidade, é uma característica formal da definição de direitos humanos, mas é também uma exigência do princípio da universalidade moral, posto que não seria justificável que uma pessoa fosse titular de um direito humano e outra pessoa pertencente à mesma classe não fosse considerada também titular. Por fim, entende-se que os direitos sociais são universais, também em relação a seus titulares. Em certos casos, talvez na maior parte, a universalidade em relação à titularidade se estende sem maiores restrições a todos os seres humanos. Em outros, a universalidade em relação à titularidade se estende a um grupo específico, mas, independente dessas considerações, os

direitos sociais são sempre universais, em relação aos seus titulares, mesmo no conceito mais comum de universalidade. Ressalte-se que essa conclusão está longe de ser unanime<sup>31</sup>.

Para aqueles que centram objeção à característica da universalidade de seus titulares, não está em discussão, ao menos em princípio, a pertinência dos direitos econômicos, sociais e culturais no catálogo dos direitos humanos, mas se rechaça sua pretensão de universalidade.

---

<sup>31</sup>“[...] en el ámbito de los documentos internacionales sobre derechos humanos se considera un principio básico el que los derechos humanos son indivisibles e interdependientes. Lo que esto quiero decir, en lo que se refiere a la indivisibilidad, es que no existen categorías o jerarquías políticas o conceptuales en el catálogo de derechos, de tal modo que fuera posible tomar unos y no otros, optar sólo por algunos o considerar que algunos o considerar que algunos son prescindibles. Por lo que respecta al rasgo de la interdependencia, ésta supone una razón adicional a la indivisibilidad, pues lo que indica es que los derechos se encuentran tan fuertemente interconectados unos con otros, que resulta de hecho imposible cumplir sólo algunos. Y es que la vulneración de cualquier derecho supone, por un lado, una vulneración global; y por otro la vulneración de unos derechos casi siempre acaba suponiendo la vulneración de otros conectados o la erosión de las bases o requisitos para que otros derechos diferentes se puedan respetar. La combinación de estos rasgos de los derechos humanos – indivisibilidad y universalidad – aplicados a los derechos sociales tiene unas consecuencias evidentes para el asunto que estamos discutiendo. Si los derechos son indivisibles e interdependientes, por un lado, y universales por otro, luego los derechos sociales son derechos humanos con las mismas razones que los tradicionales derechos civiles y políticos. Además, por tanto, comparten un rasgo tan característico de los derechos humanos como es el de la universalidad. Entre los que se oponen a la universalidad de los derechos sociales, algunos vuelen el rasgo de la universalidad contra la indivisibilidad de los derechos como una forma de excluir determinados derechos del catálogo de auténticos derechos. Así, dirían, en la medida en que determinados aspirantes a derechos humanos, por su propia formulación no pueden tener el rasgo de la universalidad, entonces lo que ocurre es que no estamos ante auténticos derechos humanos. Con ello se excluirían los derechos de grupos específicos, es decir, los derechos especificados en cuanto a sus titulares del catálogo de derechos humanos. Además quedarían excluidos por el más característico históricamente, el derecho al trabajo, que no podría ser universal en cuanto a sus titulares, puesto que sería un derecho de clase, cuyos titulares serían los trabajadores, no el conjunto de los seres humanos. No es, sin embargo, este el caso que voy a discutir aquí. Como se desprende de lo que ya he argumentado, creo que en esta postura lo que hay es una confusión en cuanto al sentido genuino del rasgo de la universalidad. Otra postura contraria a aceptar nuestra conclusión preliminar consistiría negar que en realidad los rasgos anteriormente citados (indivisibilidad y universalidad) puedan ser en realidad predicados de los derechos humanos tal y como se hace en el ámbito de las declaraciones y documentos internacionales sobre derechos humanos. Es bien conocida y muy extendida la postura que considera que en realidad la indivisibilidad y la interdependencia de los derechos humanos no pueden sostenerse. Los derechos humanos genuinos serían los derechos de raigambre liberal, si acaso los derechos civiles y políticos, pero en ningún caso, o al menos no en el mismo sentido, los derechos económicos, sociales y culturales. De acuerdo con esta postura, los derechos humanos no son indivisibles e interdependientes, sino que es posible establecer unas diferencias claras entre los derechos civiles y políticos, los auténticos derechos, y los derechos económicos, sociales y culturales que sólo serían derechos en un sentido más débil o incluso sólo en sentido figurado. La alternativa para seguir manteniendo el rasgo de indivisibilidad e interdependencia sería la de excluir absolutamente los derechos económicos, sociales y culturales del catálogo de los derechos, con lo cual los restantes derechos guardarían una mayor coherencia conceptual que permitiría seguir hablando sin problemas de los rasgos de indivisibilidad, interdependencia y también de universalidad. Desde luego no es este el argumento principal para los que mantienen que los derechos económicos, sociales y culturales no son auténticos derechos, pero es indudable que se sitúa en la lógica de esta pretensión.” (AÑÓN, Carlos Lema. **Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social**. Madrid: Dykinson, 2009, p. 178-9).

Esses autores negam a universalidade com a universalidade moral, isto é, não sujeita a relatividades contextuais dos direitos humanos. Da universalidade entendida em sua acepção de universalidade em relação aos titulares dos direitos. O que se verifica é que os direitos econômicos e sociais são universais em relação a sua titularidade, que não são direitos de todos, mas direitos cujos titulares são apenas alguns (CONTRERAS PELÁEZ, 1994).

Então, nessa perspectiva, os direitos sociais são autênticos direitos, sem qualquer diferença em relação aos demais direitos, salvo, talvez, no fato de que sua titularidade não seria universal, mas limitada a alguns. Por fim, a pergunta que deve ser feita é a *de quem são os direitos sociais*, e deveria ter como resposta que *os direitos sociais não são para todos, mas para alguns*.

Nesta linha de pensamento resta saber *a quem estariam destinados os direitos econômicos e sociais*. As respostas podem ser variáveis, mas, sem dúvida, a maioria diz que tais direitos são para aqueles que mais necessitem e não para todas as pessoas.

Uma exposição paradigmática dos argumentos da concepção acima exposta, dos direitos humanos que conduz a negativa da universalidade dos direitos sociais pode ser encontrada em Peces-Barba (1995). O autor enfatiza que:

Estos derechos (los derechos sociales) que satisfacen necesidades que sus titulares no pueden satisfacer por sí mismos, y que comprometen fondos públicos, y una acción positiva de los poderes públicos, como derechos de crédito, se sitúan claramente, como hemos señalado en el ámbito de los derechos específicos, de las personas situadas. Es por consiguiente un exceso no justificado atribuir esos derechos a personas que tienen posibilidades de satisfacer por sí mismo esas necesidades, por tener una capacidad económica suficiente. (PECES-BARBA, 1995, p. 319).

Añón (2009) identifica quatro principais objeções à universalidade em relação aos titulares dos direitos sociais, a saber:

- a) os direitos sociais são direitos específicos ou de grupo, direitos das pessoas que não têm capacidade econômica para satisfazer suas necessidades;
- b) os direitos sociais são estritamente direitos de prestação;
- c) conceder direitos sociais para todas as pessoas seria uma injustiça, uma concepção contrária à igualdade material; e
- d) conceber direitos sociais como universais acarreta problema de escassez e a crise fiscal do Estado social.

A partir da identificação de Añón, faz-se necessário analisar cada uma dessas objeções individualmente. Deve-se fazer algumas considerações no que se refere ao argumento de que os direitos sociais não são universais em relação aos seus titulares, em virtude de serem destinados apenas àquelas pessoas que não possuem capacidade para satisfazer as necessidades de que são objeto.

Nesse contexto, a ideia de necessidade faz referência aos bens e serviços de tais necessidades e, entende-se capacidade, exclusivamente, como a condição econômica ou financeira para adquirir tais bens e serviços no mercado.

Implicitamente essa perspectiva assume que tais bens e serviços somente podem ser obtidos em forma de mercadoria e no mercado, este último configurado como o *locus* natural destes bens e serviços.

Essa postura assume que os bens e serviços objeto dos direitos sociais se convertem em prestações que o Estado tem de prover como substituto do mercado, subsidiariamente, mas somente naqueles casos nos quais as pessoas (que assim se convertem em titulares) não podem obtê-los em sua forma de mercadoria. Nesse caso, a negativa da característica da universalidade em relação aos titulares podem ser entendidas de duas formas, quais sejam: os direitos sociais não seriam universais em relação a seus titulares, e os direitos sociais são universais, mas seus titulares seriam apenas um grupo específico.

Em geral, os autores que negam a universalidade dos direitos sociais em relação aos titulares entendem que a especialidade dos direitos sociais seria a comprovação da negação da universalidade.

A universalidade atribuída a todos os direitos humanos, nos textos internacionais, não deixaria de ser, segundo Peces-Barba (1995, p. 320), um instrumento de uso político e jurídico “[...] para sostener y luchar por la efectiva implantación de los derechos en todos partes [...]”, mas a margem desse uso, que é qualificada de retórica, a universalidade não poderia ser mantida seriamente mesmo porque seria contraproducente.

Nessa medida se estaria negando que a universalidade em relação aos titulares seja uma característica própria dos direitos humanos.

Añón (2009) discorda dessa interpretação porque entende que isso significaria renunciar a uma característica constitutiva da própria noção de direitos humanos (tanto como aparece nos direitos internacionais, quanto no que se refere à definição conceitual e teórica dos direitos humanos). Além disso, a universalidade

em relação aos titulares, encontra razões também do tipo moral, como por exemplo: o reconhecimento de direitos a um sujeito exige seu reconhecimento a todos os indivíduos.

Por último, Añón (2009) também apresenta relevantes razões políticas, já que a noção de universalidade pode ser útil como argumento para defender a efetiva implantação e garantia dos direitos. Deve-se, então, analisar com acuidade a segunda objeção, qual seja a de que os direitos sociais são direitos de grupo ou direitos específicos.

Peces-Barba (1995, p. 319) se refere à especialização quando fala de situar esses direitos como “[...] derechos del hombre concreto, em el ámbito del proceso de especificación [...], excluyendo de la titularidad de los mismos a quienes no los necesitan.”

A questão é então saber se os direitos sociais podem ser concebidos como direitos específicos ou de grupo. Nessa questão, para Añón (2009), o mais relevante é distinguir entre a origem histórica dos direitos sociais e seu atual papel no conjunto dos direitos humanos. Contudo, como já analisou Pisarello (2007, p. 31):

A partir de la construcción de los estados modernos, el reverso del reconocimiento de derechos para ciertos grupo sociales ha sido el despojo de otros [...] ha comportado la exclusión o la inclusión subordinada tanto de los pueblos y regiones periféricos, como de ciertas clases y grupos de personas, desde las mujeres, los trabajadores precarios o informales hasta el campesinado, los pueblos indígenas o las personas con discapacidades físicas o mentales.

Tanto para os direitos das mulheres quanto para os direitos dos trabalhadores, como em geral para os direitos sociais, mais que uma especialização de titularidade, historicamente estar-se-á diante da ampliação dos direitos humanos a grupos sociais que mesmo nas formulações genéricas dos direitos presentes nas declarações liberais, haviam restado de fato excluídas. Interessa destacar que Añón (2009, p. 182) afirma que:

Así, del mismo modo que el primer derecho social positivado históricamente en las constituciones liberales (aunque no como derecho social), que es el derecho de propiedad, tenía una forma universal pero en realidad sólo protegía los intereses de una clase social, así también el resto de derechos sociales, aunque de hecho protegían especialmente a determinados sectores sociales subalternos, tuvieron una formulación universal.

Mas, mesmo quando se compreende que os direitos sociais podem ser entendidos como direitos de um grupo pode ser uma explicação plausível de sua origem histórica, não significa que os direitos sociais, necessariamente, tenham

restado vinculados neste rol, nem que esta seja, ou deva ser seu papel atual. O caso do direito à saúde aparece como um direito de grupo, como um direito dos trabalhadores e vinculado à questão social.

### 4.3 A extensão do direito à saúde e os modelos de sistema de saúde

Em suas primeiras formulações históricas, o sistema público de saúde era financiado por meio de descontos obrigatórios dos trabalhadores, na forma de seguro social, no qual os beneficiários do sistema eram exclusivamente os trabalhadores e suas famílias.

Contudo, o sistema próprio do Estado social é o modelo de Sistema Universal de Saúde, no qual o direito à saúde se estende a toda população, financiado pelos impostos pagos ao Estado. Como se pode perceber o que surgiu como um direito de grupo acabou, historicamente, por tornar-se um direito de toda população.

Esta extensão a toda população por mais que tenha convivido com a persistência de profundas desigualdades na saúde entre distintas classes sociais, tem constituído, genericamente, um mecanismo de redistribuição e equalizador de direitos, um verdadeiro processo de superação de uma concepção de direito específico para um direito geral. Em Añón (2009, p. 185-186) verifica-se que:

Entender los derechos sociales como derechos específicos o de grupo tiene además otros inconvenientes. Podemos concebir derechos de grupos específicos en términos de “todas las mujeres tienen derechos a X”; “todos los trabajadores tienen derecho a Y”; o “todos niños tienen derecho a Z”. Pero ¿qué grupo sería en este caso el *todos* que definiera la clase de los titulares de un derecho social? ¿Todos los pobres? ¿Todos los excluidos? Una alternativa, que parece ser la que implícitamente asumen los defensores de esta postura, es aceptar la formulación genérica clásica de los derechos sociales en términos de titularidad universal, pero sobreentendiendo que ésta no es tal. Tendríamos entonces declaraciones o constituciones escritas, complementadas por constituciones implícitas en las que la titularidad del derecho aparecería al nivel de la legalidad y al nivel de unas garantías de los derechos demediadas o inexistentes. En estos términos se estaría asumiendo en realidad que el derecho sólo existe en el papel, en la medida en que el legislador puede decidir – no importa no son los titulares reales del derecho. Pero entonces tal derecho no existe. Si se acepta que la formulación constitucional del derecho puede definir quienes son los titulares reales de ese derecho a posteriori sin respetar esa formulación, nos estamos alejando del paradigma de los derechos. Estamos, como mucho en el paradigma de la beneficência.

Pelo contrário, o único modo de formular os direitos sociais como direitos específicos de grupo sem conduzir a sua dissolução é estabelecendo claramente

quais seriam seus titulares, a saber, o grupo ao qual está destinado. Na perspectiva de Añón (2009, p. 186):

Todas las personas que no tienen posibilidades económicas de satisfacer la necesidad X tienen derecho a Y". En una formulación como esta u otra por el estilo, quedaría definido el derecho así como el grupo de sujetos titulares del mismo. Se estaría configurando un derecho de grupo (por lo tanto limitando sus titulares al grupo) que además respetaría la universalidad formal que es característica de los derechos. Creo, sin embargo, que esta no es una solución satisfactoria que aparezca en ningún tratado internacional de derechos humanos y seguramente tampoco es común en las distintas constituciones. Pero por otra parte tendría un efecto estigmatizante. No estamos en este caso ante la estricta beneficencia, puesto que aquí sí que hay un derecho fundamental, pero la titularidad sí que se hace depender de una cierta incapacidad social de la persona que aparece explícita. Alguien tiene derecho a X porque es *incapaz* de lograrlo por sus propios medios. La titularidad del derecho, así concebida, señala un fracaso social del titular y lo estigmatiza por ello.

A análise quanto ao segundo argumento de que os direitos sociais são direitos de prestação deve ser abordada em diferentes aspectos.

Alexy (1993) identifica os direitos fundamentais como direitos a prestações, em sentido estrito. No âmbito dos direitos a ações positivas do Estado (ou prestações em sentido amplo), o autor distingue esses direitos sociais fundamentais (prestações em sentido estrito) dos direitos à proteção e dos direitos à organização e procedimento.

Somente quando se assume que os direitos sociais são direitos de prestação e tão somente direitos de prestação, é possível argumentar que seus titulares podem ser unicamente algumas pessoas, quer dizer, aquelas que não têm condições de obter por si mesmas no mercado o bem em que consiste a prestação referida. Para Pisarello (2007), a identificação dos direitos sociais como direitos exclusivamente prestacionais e como direitos muito caros, não somente tem sido determinante para a negação de sua universalidade, como também para justificar a fragilidade de sua proteção.

Deve-se ressaltar, no entanto, que os direitos fundamentais possuem uma dimensão subjetiva e uma dimensão objetiva. Nessa perspectiva, entende-se que o elemento prestacional é parte da dimensão subjetiva do direito, na medida em que se pode exemplificá-lo da seguinte forma: um sujeito qualquer tem direito a uma prestação que deve ser satisfeita pelo Estado, mas a dimensão objetiva dos direitos fundamentais supõe uma obrigação do Estado com determinados valores e com a promoção das condições necessárias para que estes direitos possam ser efetivados.



Um Estado no qual um grupo significativo de pessoas se encontre impossibilitado de realizar necessidades básicas (objeto de um direito social) demonstra a fragilidade dos direitos naquele Estado. Não interessa que o responsável possa ser identificado ou se a fragilidade configura-se como estrutural; o que ocorre é a incapacidade do Estado de cumprir suas obrigações básicas, seja pela opção pelo modo de produção, seja pela existência de desigualdades socioeconômicas, seja pelo alto grau de exclusão social, em outras palavras, depende das prioridades que o Estado elege.

Deve-se destacar que, em tais condições, se uma pessoa não consegue satisfazer por si própria suas necessidades básicas, num Estado de profundas desigualdades sociais, a questão não pode ser analisada apenas como fracasso pessoal, mas como resultado de um conjunto de circunstâncias socioeconômicas que fragilizam a efetivação dos direitos sociais.

Nessa linha de pensamento, entende-se que a obrigação do Estado não pode ser resumida na garantia de direitos prestacionais, mas na construção de condições para a transformação da realidade socioeconômica, tornando-a menos excludente e propositiva de uma atividade afirmativa de melhoria da ordem social.

Na verdade, pode-se resumir a questão no reconhecimento e realização do artigo 28 da Declaração Universal de Direito Humanos: “Toda pessoa tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados.” (ONU, 1948, p. 36, (tradução nossa).

Para aprofundar a análise, pode-se, ainda, observar que os direitos sociais não são apenas prestacionais. Na verdade, a maioria dos direitos sociais são direitos complexos, constituídos de elementos prestacionais e não prestacionais.

Veja-se o caso do direito à saúde, se é verdadeiro que o direito à saúde inclui o direito prestacional à assistência sanitária, também é verdadeiro que o direito à saúde inclui a obrigação do Estado e de terceiro de não prejudicar ou interferir na saúde do titular do direito. Como afirma Añón (2009, p. 189), “[...] la identificación de los derechos sociales con derechos prestacionales además de ser reduccionista, parece confundir la prestación y el contenido del derecho.”

Além disso, Peces-Barba (1995) entende o que é verdadeiro, que nem todo direito social é direito de prestação, e que nem todo direito de prestação é direito social. Añón (2009, p.190) destaca, ainda “[...] que por más que sólo mediante

tales simplificaciones es posible exagerar el presunto abismo entre derechos sociales y derechos civiles y políticos.”

No entanto, o que se percebe é que a redução da titularidade dos direitos sociais parece ter sido colada apenas a estes, embora outros direitos sejam prestacionais também, tais como o direito à segurança, por exemplo.

Imagine-se a questão da segurança pública - todos reconhecem que a segurança pública é obrigação do Estado, que deve garantir sua existência e manutenção. Para alcançar tal objetivo faz-se necessária previsão orçamentária e financiamento público. Desta feita, percebe-se que a segurança pública é um direito prestacional, mas não se verifica entre os críticos do direito que o Estado devesse custear apenas subsidiariamente a segurança pública, em outras palavras, não se verifica na discussão teórica a abordagem que a segurança pública deveria ser responsabilidade primária do indivíduo e que o Estado fosse apenas substituto da segurança privada quando esta falhasse. Parece inadequado e até absurdo imaginar-se um Estado que não se responsabilize prioritariamente pela segurança pública.

Assim, pode-se argumentar que não há diferença estrutural entre os direitos sociais e o direito à segurança pública, não há diferença que separe os direitos econômicos e sociais de outros direitos.

O terceiro argumento apresentado é o da injustiça na concessão de direitos sociais a todos os cidadãos. Essa suposta injustiça reside no fato de que tratar de forma igual ou desigual apenas potencializaria a desigualdade.

A mais destacada questão que se apresenta nessa seara é a justificação da renda básica incondicional de cidadania. Pode-se concentrar as objeções a esse argumento em duas vertentes, quais sejam: a) seria injusto que pessoas que optassem voluntariamente por não trabalhar (não contribuindo em nada com a sociedade e o Estado) recebessem uma renda básica para sustentar o próprio ócio; b) seria injusto que os mais ricos recebessem uma renda básica semelhante aos mais pobres, pois tal mecanismo apenas aprofundaria a desigualdade social.

Añón ressalta que a primeira objeção não é verdadeira, na medida em que a realidade concreta demonstra que:

La primera de las supuestas injusticias se preocupa por que algunas personas pudieran actuar como free riders. Se supone que el free rider elige voluntariamente beneficiarse del esfuerzo colectivo, actuando como un parásito. Pero en muchas de las políticas sociales en las últimas décadas se ha tendido a presumir que todos los beneficiarios de prestaciones sociales

actúan parasitariamente, por lo que se ha tendido a exigirles pruebas de que eso no es así. Es lo que se ha llamado el paso del welfare al workfare en el que las prestaciones se condicionan a la realización de un trabajo obligatorio, que suele tener más un sentido moralizante – deshacer la presunción de parasitismo – que propiamente productivo. Aunque la crítica implícita a la injusticia. (AÑÓN, 2009, p. 193).

Ainda nesse sentido e sobre a segunda objeção, Añón (2009) afirma que a justiça social na extensão dos direitos sociais e das prestações a eles associadas não podem ser avaliadas de forma insular, levando em conta apenas a extensão dos titulares ou das prestações.

Ao contrário, devem levar em conta o desenho geral do sistema de prestações públicas, em especial, o orçamento previsto para essas prestações, assim como o modo de financiar todo o quadro.

Somente da avaliação global do sistema será possível fazer juízos consistentes sobre se o sistema garante os direitos sociais e se realiza uma intervenção na ordem social, no sentido de garantir as condições para que a liberdade e a igualdade do indivíduo e dos grupos que se integram sejam efetivos.

A justiça distributiva do sistema está relacionada com as prestações sociais e também com a forma de seu financiamento, por meio de um justo sistema impositivo de caráter progressivo. Existindo um justo sistema impositivo, em princípio, não há problema que todos se beneficiem por igual direitos e prestações.

Existem outras variáveis que precisam ser consideradas, quais sejam: se o sistema de prestação é realmente de qualidade, o fato de alcançar toda a população supõe um acesso universal às prestações e que estas são iguais, de igual quantidade para toda a população, evitando situações de injustiça, tais como: de prestações públicas mínimas de pouca qualidade para quem não pode pagar complementarmente com prestações privadas; outro elemento a considerar é a produtividade social de um sistema sobrecarregado de prestações sociais.

Essa é a análise desenvolvida pelos teóricos neoliberais. Em muitas ocasiões esses teóricos entendem as prestações sociais como um custo para o Estado não financiadas pelos beneficiários (sem considerar os impostos, por exemplo).

Mas deve-se considerar que essa não é uma avaliação adequada do papel econômica das prestações sociais, já que tais prestações são produtivas em vários sentidos, como observa Añón (2009, p. 195):

[...] no el menor el hecho de que el sector económico que se forja puede servir de estímulo económico en sentido keynesiano, ocupar a una parte significativa de la población activa y generar desarrollo no solo económico sino también social. En todo caso, lo que no se puede demostrar, porque no es así, es que aisladamente del contexto global en que se produce, la extensión a toda la población de determinadas prestaciones sociales sea necesariamente, desigualitaria o generadora de problemas económicos o fiscales.

A quarta e última objeção diz respeito à escassez e a crise fiscal. O argumento de que a extensão dos direitos e prestações sociais a toda a população é um fator gerador de crise fiscal do Estado e de problemas de escassez econômica é, na verdade, uma interpretação precipitada. Sendo esses ou não outros gastos os responsáveis pela crise fiscal, é uma interpretação política e ideológica. Fazer esse tipo de interpretação sem levar em conta a produtividade social das prestações, vinculada aos direitos sociais, é inconsistente e incompleta.

Mas, o incompleto dessa análise deriva do exame do problema da crise fiscal como um problema isolado de todo o contexto. Posto desse modo, a vinculação da mesma com os gastos sociais parece arbitrária.

É importante destacar, como fez Estévez (1991), que o que resulta indubitável é que mesmo nos momentos em que os Estados sociais melhor funcionaram no interior da política de direitos sociais, sempre existiram tendências conflitivas entre a lógica de acumulação privada e tais direitos. Añón enfatiza que (2009, p. 196):

Pero frente a los análisis y soluciones neoliberales a este conflicto, no parece que las causas de la crisis del Estado social haya que buscarlas en lo que cambió con la introducción de los derechos sociales, sino en lo que permaneció igual. Es decir, en la dificultad del derecho para dejar de funcionar con los presupuestos jurídicos del Estado liberal que dificulta el consumir la tendencia democrática que se encierra en los derechos económicos y sociales. Porque, si bien los derechos sociales ponen en cuestión la asignación que realiza el mercado, tanto en la lógica egoísta que subyace en la configuración del derecho subjetivo y la consiguiente transformación que de los mismos se realiza para la satisfacción de las necesidades por medio de mercancías, desvirtúan esta posibilidad.

Nesse sentido, a crise fiscal não é mais que um dos elementos de uma crise que é, fundamentalmente, uma crise de legitimação (HABERMAS, 1999), portanto, uma crise política.

Contudo, o fato de que a superação dessa contradição tem sido conduzida pelo esquema das classes empresariais e da doutrina neoliberal (caracterizada pelo processo de privatizações, desmonte do Estado e erosão dos direitos sociais) não significa que esta seja a única alternativa possível diante da

crise de legitimação (em que a crise fiscal é uma de suas manifestações) que se vivencia.

Parte-se da presunção, para os fins deste trabalho, que os direitos sociais são espécies de direitos humanos e, por isso, dotados da característica da universalidade. Esta presunção está assentada, segundo Añón (2009), em determinadas concepções, como na necessidade de evitar uma dualidade entre as pretensões públicas e privadas<sup>32</sup>, na ideia de cidadania social (MARSHALL, 1967) e de democracia substantiva (FERRAJOLI, 2008), em entender que os direitos sociais são atualmente um requisito para assentar as bases sociais da dignidade a que se refere Rawls como bem social primário (GUTTMAN, 1981).

Deve-se, por conseguinte, destacar a questão da *mercantilização*<sup>33</sup> e da *desmercantilização* (POLANYI, 2000) dos direitos sociais, em especial, do direito à saúde.

Aqueles que defendem que os direitos sociais devam ser oferecidos apenas para quem os necessite (em virtude de não poderem satisfazer suas necessidades no mercado) parte, implicitamente, de uma visão reducionista de justiça social e econômica.

Deve-se, como fez Añón (2009), analisar a concepção de que a justiça social e econômica é fundamentalmente *justiça distributiva e redistributiva*. Nessa perspectiva, o livre mercado produz consequências caracterizadas por exclusões e desigualdades, algumas tão intolerantes que seria necessário corrigi-las por meio de normas e políticas públicas. Assim, os direitos sociais poderiam adequar-se ao mercado, na medida em que o tratamento jurídico normatizado passasse a equacionar as tensões sociais geradas por exclusões e desigualdades.

---

<sup>32</sup>A verdade, entretanto, é que no momento em que o Estado transforma a questão privada em pública, a cargo de suas instituições, sinaliza o surgimento da questão social do velho e da velhice como problema nacional (RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Introdução ao estudo do direito**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2003. p. 34).

<sup>33</sup>Jost destaca que o relacionamento por meio do qual cuidados médicos são fornecidos tem três importantes dimensões. Primeiramente, trata-se de um relacionamento profissional, o que demanda uma qualificação do profissional da saúde, para que exerça a autoridade profissional e, diferentemente do passado, demanda também a informação ao paciente sobre as características e conseqüências do tratamento, além de uma relação de confiança. Em segundo lugar, esse relacionamento é também econômico, onde o fornecedor de cuidados de saúde comercializa mercadorias e serviços, o paciente é o consumidor e o comprador pode ser o paciente, o segurador do paciente, seu empregador ou o governo. Os cuidados médicos são produtos oferecidos em um mercado que responde às leis da economia. Por último, essas relações são também jurídicas (AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 141-142).

Contudo, Añón (2009) considera que reduzir a justiça social e econômica à justiça *distributiva e redistributiva* é um erro. Um erro, de todas as formas, seja nas análises jurídicas, econômicas, sociais e políticas (caracterizadas pelo autor como reducionistas).

Marx (1870), no século XIX, empreendeu a crítica do programa político que o partido social-democrático alemão aprovou em seu Congresso de Gotha. Já naquele empreendimento, Marx alertou que o problema não estava radicado na forma de se enfrentar a redistribuição de renda, pois para esse autor não teria sentido concentrar-se na redistribuição sem levar em consideração a produção dos bens (MARX, 1870).

O âmbito da justiça social e econômica não está relacionado, segundo Marx (1870), apenas com a forma como se redistribui o produto social, mas também como a forma que se produz e como se gera esse produto.

Ao analisar esse aspecto no âmbito dos direitos sociais e econômicos aparece quanto a sua função dos direitos sociais, duas formas de concebê-los: unicamente como um instrumento de redistribuição posterior da renda (uma vez gerado o produto social por meio de relações de produção notadamente capitalistas, os direitos econômicos e sociais funcionam como instrumento de correção dos resultados mais injustos); ou a visão de que os direitos sociais representam bens que exigem para sua compreensão o conhecimento do seu processo de produção.

Nessa concepção, bens como a proteção da saúde, da educação, da moradia devem ser produzidos socialmente de tal maneira que não adquiram a forma de mercadoria. Assim, acredita-se que os direitos sociais estão relacionados com a estratégia de *desmercantilização*. Os direitos sociais não seriam apenas um instrumento e uma instituição jurídica de redistribuição, mas, e principalmente, um mecanismo de *desmercantilização* da vida.

O critério, como assinala Jacobs (2004b), configura-se na impossibilidade de os sujeitos de direitos serem vistos como competidores e que bens como a saúde ou a educação não podem ser vistos como um prêmio (ou um resultado em que uns sejam os vencedores e outros os perdedores). Assim, quando se entende esses bens como mercadoria e quando se aceita a possibilidade de serem, esses bens, trocados por dinheiro, então inevitavelmente cria-se um sistema social baseado na ideia de vencedores e perdedores.

É certo que em Estados sociais, autores como Offe (1988) e Habermas (1999), que desenvolveram o próprio conceito de desmercantilização, advertiram sobre a produção de uma contradição entre a racionalidade do lucro que implica a *mercantilização* e as políticas sociais *desmercantilizadoras* de determinados bens e serviços, como é o caso dos direitos sociais (AÑÓN, 2009). O que autor põe em questão é que:

La única salida a esta contradicción sea la remercantilización y con ella el arrinconamiento de los derechos sociales y su reducción a beneficencia. Pero incluso si lo dicho en esta última parte estuviera equivocado, creo haber aportado argumentos frente a la postura que niega la universalidad de los derechos sociales, y con ello del derecho a la salud. (AÑÓN, 2009, p. 200).

Anteriormente, afirmou-se que a suposta crise fiscal do Estado é um problema político (não meramente econômico) e que exatamente por essa razão não se pode defender que a universalidade do direito à saúde seja intrinsecamente um perigo para a estabilidade econômica ou para a continuidade da totalidade das prestações sociais.

Do mesmo modo, deve-se observar, com precaução, as frequentes publicações sobre a voracidade infinita e insustentável dos sistemas sanitários. Muitas dessas afirmações surgem de orçamentos públicos obscuros e corruptos e tentam ser apresentados com uma pretensa assepsia científica, com o objetivo de evitar questionamentos e reflexões.

Añón (2009, p. 200) pontua o seguinte:

[...] pero todo ello no significa negar, por un lado el hecho de la escasez relativa de los recursos, incluyendo los recursos destinados a proteger la salud de las personas. Y no significa negar; por otro, la necesidad de criterios equitativos para distribuir esos recursos.

Segundo assinala Currea-Lugo (2005), entender a saúde como um direito implica a distribuição justa dos recursos disponíveis, independente da quantificação dos recursos.

Convém ressaltar que nem todos os meios pelos quais se pode promover a saúde são escassos<sup>34</sup> ou são escassos da mesma forma. A partir do momento que

---

<sup>34</sup>Para Amaral: “Há pretensões fundadas em direitos fundamentais cuja satisfação demanda disponibilização de maíores materiais. Como esses meios materiais são finitos, surge a questão da escassez. Dizer que um bem é escasso significa que não há o suficiente para satisfazer a todos. A escassez pode se, em maior ou menor grau, natural, quase-natural, ou artificial. A escassez natural severa aparece quando não há nada que alguém possa fazer para aumentar a oferta. Pinturas de Rembrandt são um exemplo. A escassez natural suave ocorre quando não há nada que se possa fazer para aumentar a oferta a ponto de atender a todos. As reservas de petróleo são um exemplo, a disponibilização de órgãos de cadáveres para transplante é outra, A escassez

não se restringe a proteção da saúde ao acesso a serviços sanitários ou a assistência sanitária é possível modificar, em parte, o ponto de vista sobre a escassez dos recursos sanitários. Faz-se necessário analisar a distribuição dos recursos no âmbito do sistema sanitário, a partir da interpretação do direito à saúde como *gasto mínimo*.

Muitas são as razões pelos quais o problema do racionamento sanitário<sup>35</sup> torna-se angustiante, mas geralmente a questão envolve o fato da demanda social superar a oferta. Añón (2009, p. 201) ressalta que

[...] no se puede olvidar que algunas de las causas son – como hemos dicho – directamente políticas: vinculadas al complejo fenómeno de la crisis o el desmantelamiento del -Estado social, y no se puede desconocer que ay en ello también un desfase entre oferta y demanda provocado y creado por lo que Anise llamaba dos “creadores de escasez”. También la intensificación de la dependencia de la tecnología médica tiene que ver en esta cuestión, y no hay que desconocer que también se habla de la existencia de nuevas enfermedades, la cronificación de otras e incluso el envejecimiento de la población como causa de todo ello.

Os avanços na medicina e o desenvolvimento tecnológico criaram a necessidade histórica de tomadas de decisões inéditas. A partir da década de 1970 foram produzidos tecnologias, drogas e conhecimento médico-científico que permitiram garantir e manter, com vida, pacientes que de outra forma e em outra época não teriam chance de sobrevivida. Por outro lado, esses avanços produziram problemas de distribuição, na medida em que tais terapias e tecnologias são caras e escassas.

---

quase-natural ocorre quando a oferta pode ser aumentada, talvez a ponto da satisfação, apenas por condutas não coativas dos cidadãos. A oferta de crianças para adoção e de esperma para inseminação artificial são exemplos. A escassez artificial surge nas hipóteses em que o governo pode, se assim decidir, tornar o bem acessível a todos, a ponto da satisfação. A dispensa do serviço militar e a oferta de vagas em jardim de infância são exemplos. Além da escassez propriamente dita, outras duas variáveis trazem importantes questões quanto à alocação de recursos: a divisibilidade e a homogeneidade do bem a ser alocado. Como bem exemplifica Elster: o bem pode não ser escasso, mas heterogêneo em aspecto relevante na avaliação de quem irá recebê-lo. Quando o Congresso indica membros para um comitê, empresas alocam salas para empregados ou universidades distribuem estudantes nos dormitórios, conflitos de interesse surgem com frequência. O bem pode ser escasso, indivisível e homogêneo, como os bens de consumo duráveis e admissões para Harvard. O bem pode ser escasso, indivisível e heterogêneo, como rins, corações e pulmões para transplante. O bem pode ser também escasso, divisível e homogêneo, como água, energia e a maioria dos bens de consumo. Por último, o bem pode ser escasso, divisível indefinidamente, mas heterogêneo, como a terra.” (AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 135).

<sup>35</sup>Amaral explicita que a questão da escassez se põe de maneira especial no acesso à saúde. Algumas pessoas podem pensar que quando a saúde e a vida estão em jogo, qualquer referência a custo é repugnante, ou é repugnante, ou até imoral. Mas o aumento do custo com tratamento tornou essa posição insustentável. Além da questão financeira, há recursos não financeiros, como órgãos, pessoal especializado e equipamentos, que são escassos em comparação com as necessidades (AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 136).



Assim, quando um hospital tem apenas um equipamento para realizar hemodiálise (por exemplo) ou quando dispõe de um número limitado de órgãos para transplante, torna-se necessário e imprescindível decidir quem vai ser beneficiado entre vários pacientes<sup>36</sup>.

Essas novas tecnologias têm explicitado a necessidade da gestão pública, médica e hospitalar da tomada de decisões sobre a vida e a morte de pacientes e da definição de critérios justos para conduzir as escolhas, diante da evidência de que os critérios existentes são, não raro, insuficientes, vacilantes e arbitrários. Em outras palavras, como afirma Añón (2009, p. 202):

Al nivel teórico se pueden contribuir a la definición de estos criterios en términos de consistencia y examen crítico. Pero lo que resulta relevante es que a nivel de la práctica esos criterios existan (es decir, que no se tomen decisiones arbitrarias o aún aleatorias), que sean explicitados (sean éstos cuales sean) y que sean públicos, requisitos todos ellos necesarios y previos para una consideración crítica de los mismos.

Não se trata, como observa o referido autor, de detalhar as causas da escassez e da necessidade de tomada de decisões, mas da conscientização da relevância do problema. Puyol (1999, p. 581-602) destaca que “[...] racionar no es escoger entre lo bueno y lo malo, sino, como mínimo entre dos males [...]”, já que a tecnologia é excessivamente cara, o Estado vê-se obrigado a escolher entre a vida e a morte.

Puyol (1999) sustenta que nem uma maior generosidade dos orçamentos sanitários, nem o aumento da eficiência evitariam a necessidade de racionar os recursos e de tomar decisões nesse sentido. Para esse autor, o que se necessita é uma teoria da justiça distributiva que fundamente essas decisões.

Elster (1992) denomina essa espécie de justiça distributiva como *justiça local*, já que tal justiça está centrada em um plano que se distancia tanto da pessoa beneficiada quanto do órgão estatal; nos casos da *justiça local* existe uma instituição relativamente autônoma que por si mesma distribui o bem relevante e elege o

---

<sup>36</sup>Há hoje um mito, que países prósperos como os Estados Unidos não precisam se preocupar com problema da seleção de pacientes, já que há recursos suficientes para todos. Há até quem acredite que essa suficiência se estende mundo afora. Esse mito é menos que meia verdade. A verdade nela contida é que há recursos financeiros para eliminar muitas das escassezes de hoje. Serão esses recursos tomados disponíveis para satisfazer as necessidades médicas de todos? Infelizmente, isto não é provável, mesmo nos Estados Unidos. Outros recursos não financeiros, como órgãos para transplante, são escassos em relação às necessidades. Novas escassezes, ademais, são inerentes ao progresso da tecnologia. Em outras palavras, critérios de seleção de pacientes são desesperadamente necessários hoje em todos os lugares e continuaram a sê-lo no futuro (AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 137).

princípio de distribuição. Assim, o termo *local* se refere ao fato de que diferentes setores institucionais utilizam diferentes princípios materiais de distribuição.

Ao referir-se ao âmbito das decisões médicas, Elster (1992), apresenta quatro tipos de princípios de justiça local: os princípios igualitários, os princípios vinculados ao tempo, princípios vinculados à posição e aos princípios baseados na necessidade, eficácia ou mérito. Os princípios igualitários, segundo Añón (2009, p. 204):

[...] constituirían el tipo fundamental de principios en cuanto a que para resolver problemas de distribución se daría por supuesto y habría que justificar las razones por las que una distribución dada se basa en un principio incompatible con éste (por ejemplo, aludiendo a razones de eficacia). Los mecanismos que garantizarían una aplicación del principio cuando el bien a distribuir es indivisible (por ejemplo un órgano para trasplante o una plaza en la universidad) podrían estar basados, según las circunstancias, en el sorteo o en la rotación.

Os princípios temporais seriam seguidos quando se utilizam mecanismos como as listas de espera, a antiguidade ou a experiência. Esse princípio pode aparecer quando a escolha depende da idade; utiliza-se, por exemplo, como indicador dos transplantes de órgãos, como referência indireta do estado de saúde do receptor, assim como nos casos em que as pessoas idosas devem ter prioridade no atendimento.

Os princípios ligados à posição se baseiam em riscos biofísicos, em características legais e em características sociais. Entre estas, podem estar as relativas ao gênero e a raça ou a nacionalidade. Para Añón (2009, p. 204):

Pero también la utilización del criterio de la edad se puede suponer que está basado en un principio de este tipo. Existen usos de criterios basados en la edad que no son excesivamente controvertidos, como la edad mínima para votar, la edad para el inicio de la educación obligatoria, etc. En cambio hay otros usos que resultan más problemáticos, tales como la adecuación para tratamientos médicos (por ejemplo para trasplantes o diálisis) o como indicador de capacidad mental y física (por ejemplo, la jubilación obligatoria).

Por fim, os critérios de necessidade, eficácia e mérito, de acordo com Elster (1992), prevalecem sobre os anteriores quando se trata de estabelecer procedimentos de alocação de transplantes – vinculam-se respectivamente ao presente, ao futuro e ao passado. A necessidade se vincula com a situação presente do paciente, o que determina conceder prioridade ao mais grave.

A eficácia se vincula à situação futura, pois se preocupa em priorizar aquela possibilidade que presumivelmente suponha um melhor uso do bem a

distribuir. O mérito, por seu turno, refere-se à situação passada, pois implica conceder o bem àqueles que o mereçam, em função de suas ações pretéritas.

No entanto, a questão fundamental é conseguir articular esses critérios numa resposta coerente que satisfaça as exigências de equidade e que estabeleça algum sistema confiável e justo para a tomada de decisões difíceis e trágicas. O utilitarismo é uma teoria relevante para a filosofia prática e para a teoria econômica no mundo anglo-saxônico, e teve (e continua tendo) uma grande importância.

Puyol (1999) assinala que o utilitarismo foi uma concepção sobre a equidade sanitária muito difundida entre os teóricos da saúde comprometidos com o estado de bem-estar social. Contudo, mesmo sendo uma teoria da justiça no âmbito social, é discutível que o utilitarismo possa proporcionar uma base para a fundamentação dos direitos sociais e, em especial, do direito à saúde (DANIELS, 1999).

Mas, em qualquer caso, não seria tão importante para o propósito deste trabalho, valorar a capacidade do utilitarismo para constituir direitos (o que nem parece ser sua pretensão), ou para avaliar seus méritos como teoria adequada para proporcionar critérios de equidade para as políticas públicas de proteção à saúde e ou para garantir uma distribuição equitativa de recursos.

O utilitarismo é uma concepção de caráter teleológico, no sentido de que propõe avaliar as consequências de uma ação ou de uma situação sobre o bem-estar ou a utilidade, como forma de medir a bondade ou a justiça dessa ação ou situação, não mediante características intrínsecas das mesmas (AÑÓN, 2009). O critério de justiça do utilitarismo consiste na maximização da soma de todos os elementos de bem-estar (utilidade) dos indivíduos (SEN, 1988).

No âmbito da saúde, as políticas sanitárias mais adequadas seriam as que lograssem maximizar a soma dos estados de saúde dos indivíduos (que neste caso seria equivalente ao bem-estar ou a utilidade). Comparar duas políticas sanitárias alternativas poderia ocorrer a partir da confrontação de suas consequências enquanto bem-estar ou utilidade (o nível de saúde) agregado (compreendido como a soma dos estados relevantes de saúde dos indivíduos). Desse modo, um sistema sanitário justo seria aquele que conseguisse aumentar, ao máximo, a saúde agregada considerando todos os cidadãos do Estado.

Mas, enquanto se trata de maximizar o nível de saúde agregado dos cidadãos, retorna-se novamente a dificuldade de determinar com maior precisão o

conceito de saúde. O utilitarismo, em geral, não é alheio a essa questão. Segundo Añón (2009, p. 208):

Para saber qué nos dice el utilitarismo en cuanto a las políticas a seguir en el ámbito de la salud, hemos convenido en que la maximización de la utilidad o bienestar se sustituye por la maximización de la salud. Pero, con carácter general, el utilitarismo también ha de responder a la pregunta de qué es la utilidad o el bienestar, a lo que en principio, diversas versiones del utilitarismo han dado repuestas diferentes. El utilitarismo clásico, optó por dar una respuesta de carácter hedonista a lo que es la utilidad. Bentham habla de placer y dolor, identificando la justicia con aquello que – en su conocida fórmula – “proporciona mayor placer a mayor número”. Sin embargo, el utilitarismo contemporáneo encuentra este hedonismo demasiado estrecho y prefiere razonar en términos de “preferencias” individuales: la utilidad consistiría en el indicador de la satisfacción de las preferencias, con independencia de que esa satisfacción se manifieste en términos de placer. De lo que se trataría en este caso es de maximizar la satisfacción de las preferencias, con independencia de cuál fuese su contenido, con la única restricción de que fuesen racionales, es decir, ni fundadas en un error de hecho ni contradictorias.

Analogicamente, pode-se entender que no momento de definir uma política de saúde, em conformidade com os critérios utilitaristas, deve-se ater a um critério (mais ou menos) objetivo, tal como o de saúde-utilidade ou optar-se por um critério mais atento à satisfação das preferências, o que, por outro lado, permitiria ser sensível à importância relativa que os indivíduos outorgam a seu estado de saúde em relação à satisfação de outras preferências. Esse último privilegia políticas de saúde favoráveis ao mercado e aos sistemas de seguro saúde (eventualmente obrigatórios) para mesurar a satisfação das preferências.

Añón (2009) centra-se no exame de um critério de caráter mais objetivo, como é o conhecido critério quantificador da utilidade-saúde dos *Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC)*, que permitiria ter critérios comparativos que medem a maximização da utilidade-saúde. Añón, ainda adverte, contudo, que o subjetivismo e o objetivismo não são duas estratégias contraditórias e que podem oferecer critérios que se compatibilizem:

La maximización de los niveles de salud como criterio utilitarista respecto a las políticas sanitarias exige establecer una medida del nivel de salud que permita mediciones interpersonales. El criterio obvio parecería ser el de mortalidad: a la hora de establecer mediciones con respecto a la maximización de los niveles de salud y a la hora de realizar cálculos de coste-beneficio en las actuaciones sanitarias, la salud se maximizaría en cuanto se salvaran vidas. No obstante, una objeción que se le puede hacer a este criterio es que la salud no se limita a permanecer vivo, sino que también resulta importante la calidad de vida. De hecho, a veces se prefiere perder algo en expectativa de vida a cambio de ganar en calidad de vida. Por eso, los economistas de la salud han desarrollado un criterio llamado Año de Vida Ajustado por la Calidad de vida (AVAC o QALY: Quality-Adjusted Life Year) (AÑÓN, 2009, p. 209).

## O AVAC para Añón consiste

[...] en una unidad de medición del tiempo de vida proporcionado por una actuación médica, matizado con el criterio de la calidad de vida, es decir, a los años totales ganados se le descuenta una fracción por síntomas padecidos y limitaciones funcionales resultantes. Si una actuación médica consigue incrementar en un año la esperanza de vida, contaría como un AVAC; pero si, en cambio, el incremento se ve acompañado de una salud pobre o un empeoramiento de la calidad de vida, el resultado sería menor a 1. Si el criterio utilitarista en materia de salud sería maximizar la suma de los estados de salud de los individuos, y si la salud se puede medir mediante salud de los individuos, y si la salud se puede medir mediante los AVAC, entonces, el criterio utilitarista recomendaría la maximización de AVAC. Por consiguiente, una política justa sería la que maximizase los AVAC para el conjunto de la población relevante. Este método es susceptible de ser usado para distintas finalidades. En primer lugar, puede utilizarse para decidir qué alternativa de tratamiento puede ser más eficaz respecto a un paciente particular. Por otro lado podrá servir para decidir qué tipo de tratamientos privilegiar en la distribución de los recursos disponibles. Indirectamente, esta segunda función también acaba decidiendo entre categorías de pacientes que serán tratados, al privilegiar unos tratamientos con respecto a otros. (AÑÓN, 2009, p. 210-211)<sup>37</sup>.

Entre as virtudes desse critério, segundo Puyol (1999), podem ser destacadas três:

- a) o critério custo-efetividade expressado como custo AVAC parece uma boa forma de incrementar a saúde da população, em virtude da escassez de recursos. A crítica, no entanto, afirma que esse critério não garante que a distribuição seja minimamente igualitária, ou mesmo que alcance todas as pessoas;
- b) esse critério, como os critérios utilitaristas em geral, garantem o princípio da igualdade formal; cada pessoa conta igual, como uma e somente uma. Com esse critério se garante a imparcialidade da justiça, pois o único fator relevante seria o estado de saúde da pessoa, independente de outros critérios;
- c) esse critério é eficaz para a resolução de casos particulares, como por exemplo, o de não favorecer o paciente que está em pior situação de saúde e que apenas pode ter uma ligeira melhora, em relação ao paciente que está em melhor situação de saúde e pode recuperar-se por mais tempo.

Contudo, apesar de tais virtudes, esse critério de mensuração e, em geral, a aproximação utilitarista, qualquer que seja a unidade de medição da

---

<sup>37</sup>AÑÓN, Carlos Lema. **Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social**. Madrid: Dykinson, 2009. p. 210-211.

utilidade, tem sido objeto de importantes críticas. Añón (2009, p. 212-213) destaca que:

La mayoría de tales críticas destacan que estos criterios generan resultados poco igualitarios y discriminadores. Porque, si bien se garantiza la igualdad formal entre todas las personas, por otra parte no se tienen en cuenta las diferencias de salud generadas por motivos de los que las personas no son responsables, con lo que no se respeta la igualdad de oportunidades en la medida en que no se atribuye el mismo peso a los intereses de todos. En particular, el criterio es discriminatorio con los pacientes más graves, con los más pobres, con los más viejos, con los discapacitados y con los que padecen enfermedades cuyo tratamientos no se ha desarrollado suficientemente. Discrimina a los pacientes más graves, en la medida en que su tratamiento suele ser más caro, con lo que paradójicamente cuanto más sano se esté más probabilidades se tendría de ser tratado. Discrimina sutilmente a los más pobres en la medida en que a igualdad de enfermedad, los pobres tendrán peores condiciones sociales, ambientales, higiénicas o culturales que puede que provoquen una peor respuesta al tratamiento (y consiguientemente una menor ratio de AVAC por recursos gastados). Discrimina a las personas con discapacidad porque incluso el tratamiento de una misma enfermedad que no tiene relación con la discapacidad generará menos AVAC en una persona con discapacidad. Finalmente, discrimina a los que padecen enfermedades cuyo tratamiento aún no se ha desarrollado, pues es más eficiente tratar a enfermos para los que existe el tratamiento que invertir en la investigación y desarrollo de tratamientos (por ejemplo contra el VIH/SIDA) o el cáncer). En general, pues, se trata de discriminaciones por motivos de los que no son responsables las personas que son discriminadas.

Naturalmente, os defensores desse sistema negam que se produzam tais discriminações, tanto nos casos mencionados como por razões de idade. Nesse desiderato, Añón (2009, p. 213) continua:

Porque efectivamente también se ha defendido que discrimina en razón de edad, puesto que si de lo que se trata es de ganar en expectativa de vida, cualquier tratamiento o los más jóvenes generaría más AVAC que a los viejos (en el límite, la pediatría acabaría consumiendo la mayoría de los recursos, frente a la geriatría). Pero, ¿es esto así? si este fuera el resultado ¿sería justo?.

Daniels (1985, p. 87) formula a pergunta com um caráter mais geral, da seguinte forma “[...] um sistema distributivo – como o sistema de saúde – quando se pode dizer que estabelece discriminações em relação à idade?”

Segundo Añón (2009), algumas exclusões por idade se manifestam em nível de *reconhecimento* e outras em nível de *distribuição* dos recursos. As injustiças por falha no reconhecimento são aquelas que constroem ou fomentam, por exemplo, *esteriótipos* sociais sobre a velhice ou as que desconhecem as especificidades e necessidades dos idosos como grupo, na medida em que essas pessoas se distanciam do *indivíduo padrão* (homem, jovem, branco, com plenos direitos políticos e sem deficiências). Injustiças desse tipo pode ser a construção social da ideia das

peças idosas como *pesos (carga)* para a sociedade ou suas famílias. Na visão de Ramos (2002, p. 21):

O envelhecimento carrega consigo duas idéias complementares e opostas: diminuição e enfraquecimento; acréscimo e maturação. Envelhecer é perder e ganhar. Todavia, as sociedades ocidentais apontam a diminuição e enfraquecimento como características essenciais do envelhecimento. E não poderia ser de outra forma dentro do modelo de sociedade capitalista. Trata-se de uma postura quase natural. Não parece lógico gastar dinheiro, elaborar políticas públicas, dedicar atenção a um segmento da população que nada tem a oferecer para um modelo de sociedade em dinâmica transformação e acumulação. O ritmo ágil do sistema capitalista não tolera o ritmo lento do velho. Dentro desse contexto só resta à velhice ser encarada como desvalor social. Não representa nenhuma vantagem e nenhum status ser uma pessoa velha. A pessoa velha é sempre vista como um ser fraco, necessitado de comiseração alheia, sem contar que na atualidade é vista como um ser sustentado pelos jovens que trabalham. A desvalorização da pessoa velha começa, portanto, muito cedo. À proporção que a idade cronológica da pessoa avança, a desvalorização social a acompanha. Quando chega o momento da aposentadoria, conquista recente das pessoas de idade avançada. A desvalorização chega ao seu ponto máximo. Nesse momento, a pessoa velha se vê injetada dentro de uma forma de classificação genérica, dentro de um estigma com claros referentes carregados de sentido pejorativo e que os mesmos indivíduos aposentados rechaçam, pois não querem ser excluídos da vida social. Interessante observar que se aposentar significa recolher-se aos aposentados, torna-se inativo, ficar subtraído do espaço público. Eis a idéia genérica desse termo.

A injustiça na distribuição de recursos está relacionada com a repartição desigual dos recursos sociais, obviamente, uma divisão injusta e prejudicial às pessoas idosas. Injustiças desse tipo estariam relacionadas, por exemplo, com serviços sociais sub-financiados, ou com a ausência de especialidades nos hospitais, ou mesmo, com a preterição ou exclusão das pessoas idosas no acesso à atenção à saúde.

Una injusticia en la distribución de recursos puede estar fundamentada en una construcción estereotipada de un colectivo: si se construye socialmente una imagen de las personas mayores como “cargas”, más plausible será centrada en los “jóvenes productivos”; o si se falla en el reconocimiento de las necesidades particulares propias de los integrantes de este grupo, más fácil será que los servicios públicos no estén dotados para atenderlas (AÑÓN, 2009, p. 215).

No âmbito da saúde, Añón (2009) destaca uma séria de exclusões, algumas delas extremamente significativas em relação à condição da pessoa idosa. Por um lado, relativas à falta de reconhecimento (falta de reconhecimento de que a idade produz mudanças, não doenças); a falta de especialistas na saúde dos idosos (ou a *infantilização* do idoso); falta de respeito pela autonomia e a intimidade do idoso. Outra exclusão está relacionada aos medicamentos utilizados pelos idosos,

não raro, testados apenas em pessoas jovens, tendo em vista que os protocolos de pesquisa de medicamentos excluem da investigação pessoas idosas.

Outro elemento é o fato de que, em certos lugares, o transplante de fígado é restringido às pessoas maiores de 60 anos e completamente excluído aos maiores de 65 anos<sup>38</sup>; ocorre o mesmo com o transplante de pulmão. Para Añón (2009) esse tipo de caso é exemplo claro da utilização de critério baseado na idade para a distribuição de recursos sanitários escassos.

A efetiva existência de condições para o pleno gozo desse direito é uma das grandes causas de ansiedade entre os idosos brasileiros. E não é para menos. Durante essa fase da vida as pessoas são acometidas de doenças que em fases anteriores não se manifestam. Conforme dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, os idosos são as vítimas preferenciais de doenças, em regra, incuráveis, muito embora tratáveis: várias espécies de câncer; doenças cardíacas, dentre outras, que exigem vultosos investimentos, porquanto necessitam de avançadas tecnologias médicas (RAMOS, 2002, p. 91).

Na literatura acadêmica anglo-saxinônica, no âmbito da filosofia moral e a bioética, utiliza-se a palavra *ageism* (de *age*, idade) para fazer referência à utilização da idade como critério relevante para a tomada de decisões. Na medida em que esse conceito pode ser útil para desenvolver a presente discussão utilizar-se-á o termo *etarismo* em referência ao presente conceito.

O conceito de *ageism*, ou *etarismo* foi construído e tem sido desenvolvido em semelhança aos conceitos de racismo e *sexismo*. Assim, por exemplo, para Añón (2009, p. 216):

Una filósofa antietarista muy a tener en cuenta, Overall, también destacada filósofa feminista, define etarismo como “prejuicio injustificado – estereotipante – y discriminación basada en la edad, generalmente (aunque no siempre) sobre la base de la vejez. No obstante, quizá convenga ofrecer, siqueira a efectos de discusión, una definición más neutra de “etarismo”. La razón es que en el caso del racismo o sexismo sabemos – consideramos – que son ideologías que propugnan que la raza o el sexo son criterios válidos pero que jerarquizan a las personas de forma injustificada y discriminatoria: el racismo y el sexismo son ideologías discriminatorias. En cambio, que el etarismo sea – o que lo sea en toda circunstancia – una ideología discriminatoria por proponer un criterio que –siempre – resulta injustificable y discriminador es precisamente el objeto de nuestra discusión, es precisamente aquello que tendremos que probar.

Entende-se que o conceito de *etarismo* é discriminatório. E sabe-se que, em determinados casos, propor ou tentar justificar uma diferença de tratamento

---

<sup>38</sup>O desenvolvimento de drogas que combatem a rejeição de órgãos vem fazendo dos transplantes uma opção terapêutica viável para mais pacientes. Em face da melhora nos índices de êxito, mais médicos indicam o transplante, exaurindo os recursos físicos e humanos existentes para tanto. (AMARAL, Gustavo. **Direito, Escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. p. 137).



segundo critério de idade é desigualdade injustificável (como impedir pessoas idosas de votar). Deve-se, então, analisar se o *etarismo* é sempre discriminatório ou se em determinadas circunstâncias a idade pode ser utilizado como critério de desigualdade justificável, como, por exemplo, na distribuição de recursos escassos com preferência aqueles que em virtude da juventude tem maior probabilidade de vida. Desse modo, Añón (2009, p. 216) entende que:

La definición de “etarismo” propuesta por Overall (recordemos: “prejuicio injustificado – estereotipante – y discriminación basada en la edad, generalmente (aunque no siempre) sobre la base de la vejez”) la consideraremos como una definición válida de “etarismo discriminatorio” (o si se quiere, “etarismo” en sentido estricto o incluso “etarismo como ideología”). Pero por “etarismo”, entendido en sentido amplio, entenderemos entonces: doctrina o propuesta que considera que el criterio de edad puede ser relevante y estar justificado en determinadas circunstancias para la distribución justa de los recursos (especialmente para los recursos sanitarios). Portanto, nuestra discusión puede ser reformulada en torno a si todo “etarismo” es un “etarismo discriminatorio” o por el contrario en – al menos – algunos casos puede estar justificado.

Não se considera produtiva para esta discussão explorar a analogia do *etarismo* com o racismo ou o *sexismo*. Pode-se, inclusive, apontar uma diferença relevante do *etarismo* em relação a esses últimos. A idade é a única característica físico-biológica, destas apresentadas, que é mutável. Durante a vida, o ser humano passa por diferentes grupos etários, fato que não ocorre, em princípio, com a raça ou o sexo. Assim, quando da produção de alguma discriminação, em razão da idade, todos os indivíduos estão suscetíveis de discriminação, em algum momento da vida.

O *etarismo* não é apenas uma moldura para qualificar como injustificável uma opção (*etarismo* discriminatório), mas é, sobretudo, uma proposta, um critério para enfrentar questões relativas à distribuição dos recursos sanitários, a chamada proposta *etarista*.

Em 1994, Shaw (1994) publicou na *Journal of Medical Ethics* um artigo intitulado *In defense of ageism*, no qual defendia que uma vez que as pessoas idosas já haviam desfrutado de mais tempo de vida e que a elas restavam menos tempo, a idade constituiria, assim, um critério ético, objetivo e eficiente para racionalizar a atenção da saúde. A atenção da saúde deveria ser dirigida aos pacientes mais jovens por tratar-se de um imperativo de justiça.

Shaw (1994) defendia o *etarismo* e alertava que embora o termo estivesse encoberto pela ideia de discriminação (semelhante ao racismo e ao

*sexismo*) era um critério frequentemente utilizado e o que propunha era uma discussão profunda e aberta sobre a temática. Nesse sentido, Añón (2009, p. 219):

El artículo de Shaw no es particularmente brillante está escrito de forma deslavazada y los argumentos no siempre se escadenan de una forma lógica, pero sería un error no tomarlo en consideración por ello, puesto que en buena medida constituye una exposición de las razones que generalmente pueden aducirse o estar detrás de unas prácticas que privilegian el factor edad como medio de tomar decisiones de racionalización de los recursos sanitarios y con ello de distribuir recursos.

Shaw (1994) recorre, não raro, ao senso comum e afirma que a solução *etarista* não é apenas a mais justa e racional, como é a que no fundo todos (a maioria) pensam, apenas não têm coragem de expressar abertamente.

Shaw (apud AÑÓN, 2009, p. 219) destaca que:

Para mostrar que en todo momento se está guiando por el sentido común, acude a un ejemplo imaginario, que permitiría poner de manifiesto que lo normal es que tomemos decisiones *etaristas* en caso de conflicto y además que eso está justificado. El ejemplo es siguiente: imagínese que se están ahogando dos mujeres, una de 20 años de edad y otra mayor, supongamos que su abuela. Si sólo tuviéramos un salvavidas que arrojarles, la mayoría de nosotros – afirma – se lo arrojaría a la joven. Y no sólo eso: la mayoría de las abuelas estarían de acuerdo en ello. La razón de fondo de nuestra decisión sería que suponemos que la joven tiene un derecho a vivir la vida que la persona mayor ya ha gozado. Adicionalmente, también estaría de acuerdo con este criterio el economista de la salud: es la solución que permite ganar más años de vida por coste (el coste de cada flotador). Podríamos incluso traducirlo a los AVAC que ya conocemos (aunque Shaw curiosamente no está de acuerdo con este tipo de aproximaciones): dado que aquí no es siquiera necesario hacer un ajuste de calidad de vida – el salvavidas parece que permitiría salvar la vida de la persona sin provocar otros efectos secundarios – lo que parece es que en principio salvar la vida de la joven proporcionaría más años de vida totales. ¿No es así?

Mesmo sem entrar na validade de justificação desse exemplo, os critérios de justificação de Shaw são frágeis. Primeiramente, suponha-se que alguém optasse por lançar o salva-vidas a uma pessoa idosa, não se poderia condená-la pela prática de um ato imoral ou injusto, isso ocorre porque em situações como essas, quando se está diante de casos trágicos ou em estados de necessidade, não se pode avaliar qualquer das opções como a pior, exceto, quando o salva-vidas não fosse lançado.

Para resolver esse caso difícil poder-se-ia, ainda, apelar a outros princípios de caráter moral, tais como: o respeito e consideração aos mais idosos ou mesmo não apelar a uma preferência, de tal forma que nenhuma pessoa tivesse maior direito a ser salva. Em outras palavras, a escolha é indiferente e, na verdade, a sorte seria o elemento determinante. Desta feita, todos (jovens e velhos) teriam, em tese, oportunidade de se salvarem.

Posteriormente, deve-se pôr em dúvida esse tipo de jogo no processo de justificação de tomada de decisões para casos trágicos como esse, e mesmo que, em princípio, aceite-se a proposta de Shaw, as razões que sustentam a posição da maioria não é o *tempo de vida* desfrutado pelos idosos, mas, poderia ser a maior habilidade e agilidade dos mais jovens na busca da salvação. Assim, entende-se que, embora a proposta de Shaw possa funcionar em uma situação prática, isso não lhe outorga força de uma justificação como critério geral.

Assim, não seria possível justificar, por exemplo, que no caso de as pessoas em risco de afogamento fossem um homem e uma mulher, ambos de mesma idade, dever-se-ia salvar a mulher (*as mulheres primeiro*), isso porque o sexo não pode ser relevante para a tomada de decisões e, nessa compreensão, entende-se que a idade também não pode ser um critério justificável para decisões trágicas.

Para Shaw, existe um dever de propiciar aos cidadãos um mínimo de duração e qualidade de vida, mas não de garantir a esses indivíduos uma extrema longevidade, como expressa *pão para todos e não caviar para alguns*. Uma consequência prática que se pode extrair desse raciocínio é que, por exemplo, não devem ser financiadas investigações médicas para prolongar a esperança de vida, em geral, ou seja, as prioridades sanitárias devem ser orientadas em outro sentido. O que se percebe, com esse tipo de exemplo é que apresenta uma imagem *esteriotipada* do idoso, ao considerá-lo *carga*, pessoa improdutiva econômica e socialmente.

Hay, de todas formas, tres matices que hay que añadir para mejor caracterizar el etarismo, al menos en la versión de Shaw. En primer lugar, Shaw asume y enfatiza que su etarismo es únicamente uno de los criterios que pueden funcionar para la distribución de recursos sanitarios, pero ni siquiera tiene que ser el principal. Se supone que el etarismo funcionará cuando hubiera equivalencia entre otros criterios más relevantes. Así por ejemplo, en el caso nuevamente del flotador la joven puede asumir un catarro por permanecer más tiempo en el agua que su abuela (mientras salvan primero a ésta última), de la misma forma que un cáncer de una persona mayor sea más urgente que una hernia de un joven. En segundo lugar, Shaw niega que su etarismo se trate de una medida discriminatoria contra las personas mayores como grupo. La razón es que estas personas han disfrutado de vidas más largas que los demás, incluso si consideramos otros grupos que también merecerían atención separada en la distribución (mujeres, pobres etc). En todo caso – asume – podría resultar injusto para la primera generación de personas que alcancen la vejez y en la que se aplicasen explícitamente estos criterios – de los que no se beneficiaron cuando eran jóvenes – pero nada más. Por último, Shaw incide en que no se debe considerar que as vidas de unos valgan menos que las de otros. Al contrario, todas las vidas tiene igual valor. Pero de lo que se trata es de

distribuir recursos, y así el etarismo no mide el valor de nadie, sino los años vividos y los que quedan por vivir. (AÑÓN, 2009, p. 223).

Com caráter mais geral, pode-se dizer que os argumentos *etaristas* que preferem os jovens em relação aos idosos, estão baseados em três perspectivas relacionados à idade:

- a) os jovens têm maior expectativa de vida quando recuperarem a saúde;
- b) a vida dos jovens, em probabilidade, é mais rica e valiosa;
- c) deve-se dar maior relevância aos jovens, pois são pessoas mais úteis (em termos econômicos) para a sociedade.

Pode-se resumir a ideia do *etarismo* da seguinte forma – o *etarismo* não mede o valor de ninguém, da vida de ninguém, mensura apenas os anos vividos e os que restam-lhe por viver, assim, os idosos não podem reclamar de discriminação. E não podem reclamar porque – por um lado – já viveram muitos anos e – por outro – lhe restam menos anos de vida. Desta forma, diante da necessidade de ter que optar por uma atuação médica que salve a vida de um jovem ou de um idoso, salvar o jovem proporcionaria, em geral, mais anos de vida. Añón (2009, p. 223) entende que:

Pero estos dos argumentos son claramente objetables. Por lo que respecta al primero, parece que el argumento etarista supusiese que el bien que tenemos que distribuir son los años de vida, cuando en este contexto lo que se distribuyen son los recursos sanitarios. Podemos considerar que es bueno distribuir los recursos sanitarios de forma eficiente y justa, pero no los años de vida. Además por esta vía se acaba cayendo en la falacia – que se ha criticado a la aproximación basada en los AVAC – de valorar los años de vida en lugar de la vida de las personas. Por lo que respecta al segundo, arriesga la predicción de que la vida del joven será más larga, pero esto es a) algo que no podemos saber a priori y b) moralmente irrelevante si le queremos dar el mismo peso a todas las vidas.

O argumento *antietarista* está apoiado nessa última consequência. Como apresentado por Harris (1985), na medida em que não se sabe o dia da morte de ninguém, a todos resta a vida (*o resto da vida*) e *o resto da vida* tem duração incerta.

E quando se considera, em termos de justiça e injustiça, todas as pessoas sofreriam a mesma injustiça se o seu desejo de *viver o resto da vida* for frustrado de forma deliberada. Ressalte-se que *o resto da vida* não é gradual. Mesmo se a probabilidade do que seja *o resto da vida* seja um tempo mínimo, não é justo que privem o indivíduo de vivê-lo, em preferência a outra pessoa que tenha mais tempo de vida. Assim, Añón (2009, p. 225) afirma que:

En realidad, desde el punto de vista jurídico se suele funcionar presuponiendo algo parecido: las penas por homicidio no se gradúan

teniendo en cuenta la edad de la víctima, pues no es menos grave matar a un anciano que a un niño (De esto, por cierto es consciente Shaw, que por ello dice que su *etarismo* no propone que unas vidas valgan más que otras, y que por en este sentido lo que su criterio mide son los años de vida). La fragilidad del *etarismo* – y con ello la mayor plausibilidad del *antietarismo* – se puede poner de manifiesto también en un ejemplo – tomado en parte de Harris – hipotético, de la misma manera que hacía Shaw con las dos personas ahogándose. Supongamos que en un auditorio se produce un incendio en el que sabemos que sólo se salvarán la mitad de los presentes. ¿Sería el grito “los jóvenes primero” – aquellos que supuestamente tienen más vida por delante – un criterio aceptable para el rescate? Si esto fuera así, alguien de 19 años debe ser salvado antes que el de 25 años, y el de 45 años antes que el de 55. Pero esto es absurdo y no parece que pueda ser defendible como criterio moralmente aceptable. Más bien parece discriminatorio, lo que da alas al argumento *antietarista*).

O argumento *antietarista* nega a importância ao critério da idade ou a expectativa de vida para a tomada de decisões. É igualmente injusto privar qualquer indivíduo do *resto da vida* e não é aceitável a possibilidade de graduações ou cálculos.

O exemplo do incêndio serve para mostrar o absurdo do *etarismo*, na medida em que não há justificação ao critério da idade para preferir salvar as pessoas por ordem de idade. Mas, deve reconhecer que parece absurdo porque se está falando de idades muito próximas. Não parece absurdo quando a diferenças entre as idades seja abissal, no exemplo de Shaw e, por isso, o argumento parece mais favorável para justificar o critério *etarista*. Quando se fala de idades extremas (uma criança de 2 anos e um idoso de 90 anos), talvez o critério *antietarista* não seja tão explícito (nesse caso o *antietarista* parece até contra-intuitivo).

Para evitar tais problemas, Harris (1985)<sup>39</sup> propõe um modelo híbrido que combina critérios *etarista* e *antietarista*. O autor parte de uma crítica ao *etarismo* e seu ponto de partida é *antietarista* Harris (1985). No entanto, diante da perplexidade e da insatisfação que produzem os casos extremos, o autor propõe um sistema misto que denomina *fair innings*, ou seja, uma espécie de *mãos (rodadas) justas*, tais como as etapas no jogo de cartas (baralho).

O argumento das *mãos justas* (HARRIS, 1985) busca combinar o critério *antietarista*, de dar igual peso ao *que resta da vida* de cada um, mas somente para aqueles que ainda não gozaram de uma porção razoável da vida.

El criterio del “fair inning” necesita definir (y esto no se puede hacer sino de forma o vaga o arbitraria) lo que es una porción razonable de vida. Harris propone los 70 años, que considera que tiene cierta tradición. Aunque Harris no lo mencione, efectivamente hay un Salmo bíblico que sí que habla

<sup>39</sup> HARRIS, J. *The value of life*. London: Routledge, 1985. p. 87-102.

de los setenta años en cierto modo como un umbral. Algunos llegamos hasta los setenta años, Quizás alcancemos hasta los ochenta, Si las fuerzas nos acompañan. Tantos años de vida, sin embargo, Sólo traen pesadas cargas y calamidades: Pronto pasan, y con ellos pasamos nosotros. (Salmos, 90:10). De este modo, para los que no han cumplido 70 sería una injusticia si se les corta arbitrariamente su vida (argumento antietarista), pero para los que ya los hayan cumplido, ya no sufrirían tal injusticia (aunque lógicamente tampoco es bueno ni deseable que se les acabe su vida). La razón es que habrían de considerar todos los años de vida adicionales a los 70, y en todo caso tendrían que considerar que todo lo adicional a los 70 es una especie de bonificación, con un plus respecto a lo que es razonable esperar. Este argumento requiere, pues, que todo el mundo tenga una igual posibilidad de alcanzar las “manos justas” y por ello por debajo de ese umbral no caben consideraciones etaristas. Pero habiendo llegado a esa edad, se puede considerar que se ha obtenido lo merecido y que todo lo que venga después es adicional, por lo que podría ser sacrificado en el caso de que fuese necesario para ayudar a otros a alcanzar este umbral. La ventaja – según Harris – es que preserva e incorpora muchas de las ventajas del plausible argumento antietarista, pero a la vez nos permite preservar nuestro sentimiento de que los mayores que han tenido su vida, no pueden ser apoyados sin fin a expensas de los que no han tenido esa oportunidad. (AÑÓN, 2009, p. 227-228).

Independente da valoraçãõ que mereça, há uma dificuldade técnica ou argumentativa que o próprio Harris é consciente em sua proposta. Esta dificuldade refere-se ao lapso de idade que pode ser considerada como razoável, pois, na verdade, essa escolha é aleatória e arbitrária.

Assim, na hipótese de existir um único tratamento possível e dois pacientes, um de 30 anos e outro de 40 anos, o sistema de *mãos justas* poderia permitir que o critério de preferência seja o de idade, embora ambos pacientes estejam no mesmo âmbito etário. Dessa forma, quando o sistema de *mãos justas*, aceita o critério *etarista*, corre o risco de que esse sistema misto se converta num sistema *etarista* puro, com todas as suas mazelas.

Si esto fuera así, únicamente tendríamos la opción etarista pura y la opción antietarista pura, lo que, de lo dicho hasta aquí, sería preferible la opción antietarista, con todas las dificultades que pueda tener. La única posibilidad de que el sistema de “mano justo” sea válida es que el argumento anterior esté equivocado: si setenta es lo justo, no significa que cuanto más cerca de setenta más justo sea. Pero afirmar esto plantea importantes dificultades. Lo que el argumento de la “mano justas” intenta es traducir de una forma manejable la idea de que si morirse cuando se quiere seguir viviendo es siempre una desgracia, morir a una edad avanzada sigue siendo una desgracia, pero no es una tragedia, como sí que lo es morirse a una edad prematura. Trata de expresar, quizá de forma torpe, la diferencia entre quienes “aún tienen sus vidas ante ellos” y los que “ya vivieron vida plenas” (AÑÓN, 2009, p. 227-228).

A discussão parece circular. Dworkin e Daniels oferecem critérios para reconsiderar a questão. Dworkin (2003) sugere um sistema de justificação da atenção à saúde a partir de uma proposta que planeja a distribuição de recursos

sanitários, mediante um procedimento de seguros hipotéticos que permite considerar a totalidade da vida dos indivíduos. Embora essa possibilidade introduza novos elementos ao debate, não está claro que a proposta de Dworkin seja plena, tendo em vista que determinados coletivos, entre estes, os idosos, que poderiam ser discriminados.

Daniels (1985) propõe essa questão a partir do ponto de vista da distribuição equitativa, tendo em conta os grupos de idade e a solidariedade intergeracionais.

En particular, estas propuestas lo que nos invitan es a salir de una perspectiva que quizá ha sido demasiado reduccionista por limitarse a pensar el problema en torno a casos individuales y desde una perspectiva estática. Efectivamente, si consideramos la cuestión no desde una perspectiva estática, comparando en un momento dado las alternativas que pueden conducirnos a tener que elegir entre personas o grupos considerando su edad, y nos elevamos hacia una perspectiva diacrónica, considerando el reparto justo no en un momento sino a través de la vida de los individuos (y de los grupos de edad), quizá arrojemos más luz sobre el particular. De la misma manera, una perspectiva no discriminatoria (no etarista) quizá también debería estar más atenta y ser más sensible a los cambios que produce el hecho de envejecer – no sólo de hacerse viejo – y en la conveniencia de tener en cuenta la protección de la igualdad en todos los momentos de la vida pero teniendo en cuenta las circunstancias de cada momento. (AÑÓN, 2009, p. 230).

Entretanto, o que se deve notar é que, independente do racionamento dos recursos, surgiram problemas relativos à idade. Por essa razão, o *antietarismo antidiscriminatório* deve estar atento para que esses casos não se multipliquem.

Ramos (2002, p. 31-32) assevera que:

Com recursos escassos, prioridades precisam ser eleitas, e delas os velhos não podem ser subtraídos, já que isso representaria a condenação à morte de milhares de pessoas. Dessa forma, fica claro que discutir o envelhecimento, tendo em vista suas causas e conseqüências, é de fundamental importância para que se possa pensar o futuro das sociedades atuais, que devem estar comprometidas com a efetiva garantia dos direitos essenciais, elementares e fundamentais, de quais todos os seres humanos são titulares, independentemente de sua idade. Para que esses direitos transfiram-se do mundo da retórica para o da realidade, torna-se essencial à gestão de políticas públicas corretas, racionais, acompanhadas de políticas de desenvolvimento econômico, comprometidas com a geração de recursos para a implementação dessas políticas.

Entende-se que uma distribuição justa dos recursos sociais deve ser construída a partir de outros critérios que permitam que as pessoas tenham as mesmas oportunidades de alcançar determinadas idades e determinados estados de saúde, independente do nível econômico ou da posição social que ocupam na sociedade.

Nessa perspectiva, opta-se pelo bom *antietarismo*, ou seja, aquele que tem como critério evitar que as diferenças na expectativa de vida sejam determinadas por fatores econômicos ou sociais.

Diante das questões apresentadas, torna-se fundamental abordar os organismos e mecanismos internacionais de declaração e proteção do direito à saúde, objetivando identificar os agentes, as racionalidades e os interesses que forjam as diretrizes internacionais das políticas de saúde, estudo que será desenvolvido no próximo capítulo. Objetiva-se, nesse diapasão, pôr em destaque a condução das políticas internacionais como determinantes inquestionáveis para os estados latino-americanos, que não raro, são obrigados a constituírem sistemas de promoção, proteção e recuperação da saúde vinculados e submetidos às sistemáticas traçadas pelos organismos internacionais.

Torna-se ainda imprescindível a identificação das razões técnicas, mas fundamentalmente das razões políticas, que subsidiam os organismos internacionais na constituição das diretrizes a serem observadas pelos Estados-Parte, destacando a conotação econômica desses subsídios.

No próximo capítulo, por fim, tenciona-se desenvolver compreensão sobre a possibilidade concreta de efetivação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde das Americas 2008-2017, diante dos obstáculos políticos e econômicos presentes nos governos latino-americanos, bem como compreender os novos caminhos delineados pelos programas de ajuda internacional aos países pobres, em especial, os latino-americanos, que deixaram de ser em recursos e passaram a se constituir em sistema de ideias e diretrizes para formulação de políticas.



## **5 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS A PARTIR DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS:** os limites e possibilidades dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde 2008-2017

Considera-se sujeito de Direito Internacional Público apenas os Estados Soberanos e as Organizações Internacionais reconhecidas pela sociedade internacional.

Nas últimas décadas do século XX, observou-se uma proliferação de organismos internacionais; acontecimento que resultou da fragilidade e da impossibilidade de os Estados nacionais realizarem isoladamente suas finalidades.

A configuração de mundialização do capital exige racionalidades estruturais e políticas que determinam aos Estados nacionais atuação complexa e multidimensional, que somente se efetivam por meio de cooperação internacional, via de regra, gerenciada pelas agências internacionais.

Além disso, os países centrais resistem à universalização do Conselho de Segurança e do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, o que tem obrigado os países periféricos a constituir outros fóruns onde possam debater, com paridade, suas necessidades e seus interesses.

As organizações internacionais não possuem definição estabelecida por norma de Direito Internacional. No entanto, Sereni (apud MELLO, 2004, p. 601), apresenta excelente definição doutrinária para Organização Internacional, qual seja,

Organização internacional é uma associação voluntária de sujeitos de direito internacional, constituída por ato internacional e disciplinada nas relações entre as partes por normas de direito internacional, que se realiza em um ente de aspecto estável, que possui um ordenamento jurídico interno próprio e é dotado de órgãos e institutos próprios, por meio dos quais realiza as finalidades comuns de seus membros mediante funções particulares e o exercício de poderes que lhe foram conferidos.

Toda Organização Internacional é constituída por meio de um Tratado Internacional, no qual se estabelece sua constituição, sua missão, sua normatização interna e de funcionamento, bem como a disposição de sua atuação e financiamento. É exatamente na perspectiva de sua constituição, seu financiamento e na definição de suas diretrizes que é fixado o olhar, neste estudo.

Compreende-se que uma Organização Internacional possui vida própria, diferente dos Estados-Membros que a compõem, mas compreende-se também que, nascida de um acordo entre seus membros, sua configuração pode ser

reinterpretada a partir de novas formulações e proposições que seus integrantes podem a qualquer tempo apresentar.

Os Tratados Internacionais, inclusive os que criam Organismos Internacionais, são o resultado de um processo politicamente constituído por diferentes governos e diferentes interesses. Assim, expressam, necessariamente, relações de poder e estratégias de luta por hegemonia.

O grau de hegemonia de um Estado sobre o outro, no interior de um Organismo Internacional, configura-se na capacidade que tem um desses Estados de impor aos demais as diretrizes, as normas e as medidas que melhor representem e satisfaçam os seus interesses particulares, mas essa imposição é, não raro, camuflada na ideia de representação dos interesses da coletividade internacional.

Quis se afirmar que, as Organizações Internacionais reproduzem (pois integram) o jogo político que domina a ordem mundial. Mas não se quis afirmar que, necessariamente, os Organismos Internacionais sejam, indiscutivelmente, apenas órgãos de sustentação de certa ordem mundial, ou que sejam mero reflexo dos interesses econômicos e políticos de determinados governos hegemônicos. Afirma Piovesan (2011, p. 184):

A criação das Nações Unidas, com suas agências especializadas, demarca o surgimento de uma nova ordem internacional, que instaura um novo modelo de conduta nas relações internacionais, como preocupações que incluem a manutenção da paz e segurança internacional, o desenvolvimento de relações amistosas entre os Estados, a adoção de um padrão internacional no plano econômico, social e cultural, a adoção de um padrão internacional de saúde, a proteção ao meio ambiente, a criação de uma nova ordem econômica internacional e a proteção internacional dos direitos humanos.

No entendimento de Arrighi (1996), o traço diferencial do mundo que se constitui após a Segunda Grande Guerra foi a constituição desses diferentes Organismos Internacionais. Ressaltem-se aqui, fundamentalmente, as vinculadas à Organização das Nações Unidas e instituições de Bretton Woods.

Para compreensão da atuação desses organismos na temática da saúde, torna-se imprescindível a identificação dos principais problemas de saúde que devem ser enfrentados pelos Estados nacionais e, sobretudo, a identificação das principais diretrizes internacionais.

## 5.1 Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências especializadas na temática da saúde

A Organização das Nações Unidas é uma organização internacional fundamentada, por critérios oficiais, na igualdade soberana de todos os Estados pacíficos, constituída em 1945, após a Segunda Guerra Mundial, por 51 países. Esses países se comprometeram com a manutenção da paz e com a segurança internacional (MAZZUOLI, 2011). Devido ao seu singular caráter internacional, e as competências de sua Carta Constitutiva (1945), a ONU é composta pela Assembleia Geral, pelo Conselho de Segurança, pelo Conselho Econômico e Social e outros órgãos e comissões (ONU, 2012). Atualmente a ONU possui 193 Estados-Membros e representa a maior organização internacional do mundo.

Convém ressaltar que a ONU trabalha com questões que abordam desde o desenvolvimento sustentável, o meio ambiente, a proteção dos refugiados, socorro (no caso de desastre), a luta contra o terrorismo, o desarmamento, a promoção da democracia, os direitos humanos, a igualdade de gêneros, o desenvolvimento econômico e social, a remoção de minas terrestres, a expansão da produção de alimentos e, no que interessa diretamente a este trabalho, a saúde internacional (ONU, 2012).

De acordo com o preâmbulo e o artigo 1º da Carta das Nações Unidas são propósitos da Organização:

- a) Preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces durante nuestra vida ha infligido a la Humanidad sufrimientos indecibles,
- b) Reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en 1ª dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas,
- c) Crear condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia y el respeto a las obligaciones emanadas de los tratados y de otras fuentes del derecho internacional,
- d) Promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,
- e) Practicar la tolerancia y a convivir en paz como buenos vecinos,
- f) Unir nuestras fuerzas para el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales,
- g) Asegurar, mediante la aceptación de principios y la adopción de métodos, que no se usará; la fuerza armada sino en servicio del interés común,
- h) Emplear un mecanismo internacional para promover el progreso económico y social de todos los pueblos.

Artículo 1. Mantener la paz y la seguridad internacionales, y con tal fin: tomar medidas colectivas eficaces para prevenir y eliminar amenazas a la paz, y para suprimir actos de agresión u otros quebrantamientos de la paz; y lograr por medios pacíficos, y de conformidad con los principios

de la justicia y del derecho internacional, el ajuste o arreglo de controversias o situaciones internacionales susceptibles de conducir a quebrantamientos de la paz; Fomentar entre las naciones relaciones de amistad en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, tomar otras medidas adecuadas para fortalecer la paz universal; Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y Servir de centro que amonice los esfuerzos de las naciones para alcanzar estos propósitos comunes. (ONU, 1945, p. 3-4).

A ONU é composta por dois tipos de membros: os originários e os admitidos (ou eleitos). São membros originários os Estados que estiveram presentes na Conferência de São Francisco de 1945 e assinaram (e *a posteriori* ratificaram) a Carta Constitutiva da Organização (artigo 3º da Carta da ONU). Os membros admitidos, em consonância com o artigo 4º da Carta da ONU, são aqueles que ingressaram na Instituição após sua criação (ONU, 1945).

Deve-se ressaltar que, de acordo com o § 1º, do artigo 4º da Carta da ONU, a admissão como membro das Nações Unidas está aberta “[...] *todos los demás Estados amantes de la paz que acepten las obligaciones consignadas en esta Carta* (ONU, 1945, p. 5). A admissão como membro das Nações Unidas fica condicionada à obediência às seguintes condições (ONU, 1945):

- a) ser um Estado amante da paz;
- b) aceitar as obrigações impostas pela Carta;
- c) estarem aptos e dispostos a cumpri-las.

A admissão de quaisquer Estados-membros como integrante das Nações Unidas é efetuada por decisão da Assembleia-Geral, mediante recomendação do Conselho de Segurança. De acordo com o artigo 5º da Carta, o membro das Nações Unidas contra o qual for levada a efeito ação preventiva ou coercitiva por parte do Conselho de Segurança poderá ser suspenso do exercício dos direitos e privilégios de membros pela Assembleia-Geral, por meio de recomendação do Conselho de Segurança, que poderá ser reintegrado posteriormente pelo próprio Conselho de Segurança (ONU, 1945).

Por sua vez, segundo o artigo 6º, o Estado-membro que houver violado persistentemente os princípios contidos na presente Carta da ONU, poderá ser expulso da ONU, por decisão da maioria de dois terços dos membros presentes e votantes à Assembleia-Geral (artigo 18, §2º da Carta da ONU). Todos os Estados-

membros que mantêm uma representação permanente na ONU são representados por delegados, estes últimos são escolhidos por cada governo dos Estados-membros (MAZZUOLI, 2011).

Deve-se observar que o artigo 103 da Carta da ONU contém uma cláusula de supremacia da própria Carta da ONU, ao determinar que em caso de colisões entre as obrigações contraídas pelos membros das Nações Unidas, em virtude da referida Carta e suas obrigações contraídas em razão de qualquer outra convenção internacional, deverá prevalecer as obrigações estabelecidas pela Carta da ONU, assim,

[...] en caso de conflicto entre las obligaciones contraídas por los Miembros de las Naciones Unidas en virtud de la presente Carta y sus obligaciones contraídas en virtud de cualquier otro convenio internacional, prevalecerán las obligaciones impuestas por la presente Carta. (ONU, 1945, p. 16).

Desta feita, para Mazzuoli (2011, p. 623):

Deste dispositivo da Carta da ONU se tem inferido o caráter supraconvencional do convenio constitutivo das Nações Unidas, que deverá prevalecer sobre qualquer outro acordo internacional concluído por quaisquer de seus membros. Tal dispositivo coloca, portanto, a Carta das Nações Unidas no ápice da hierarquia das normas de Direito Internacional Público, equiparando-se à hierarquia que detêm as normas constitucionais em relação às leis e demais normas infraconstitucionais do Direito interno estatal.

Nessa perspectiva, faz-se necessário identificar o avanço do quadro das políticas desenvolvidas pela Organização das Nações Unidas dirigidas para as questões econômicas e sociais, em especial, a questão da saúde, a partir da atuação de suas agências especializadas.

### 5.1.1 Organização Mundial da Saúde (OMS)

A Organização Mundial de Saúde foi criada em 1946, com sede em Genebra. A finalidade da OMS é alcançar o mais elevado índice de saúde para todos os povos do planeta, combatendo a mortalidade infantil, fomentando a recuperação de portadores de deficiência, entre outros.

O objetivo da OMS é que todos os povos possam gozar do máximo grau de saúde possível. Entre as funções da OMS podem ser destacadas: a erradicação das epidemias e endemias; a assistência técnica e os serviços sanitários; o auxílio aos governos e as pesquisas sobre saúde. São órgãos da OMS a Assembleia Mundial de Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado.

O sistema das Nações Unidas para as questões de saúde pode ser apresentado a partir da caracterização da OMS, com a abordagem dos diferentes *Temas de saúde dirigidos pela OMS*, por meio dos Programas e projetos da OMS, do Informe sobre a Saúde no Mundo, nas temáticas relativas a Viagens internacionais e saúde, pelo Guia para alimentação segura para viajantes, através do Regulamento Sanitário Internacional e por meio da construção de Um mundo que envelhece (OMS, 2009).

Além das iniciativas acima informadas, deve-se ressaltar a Iniciativa para Erradicação Mundial da Poliomelite, do Fundo Mundial de luta contra a AIDS, tuberculose e a malária<sup>40</sup>, da Iniciativa para alcançar a diminuição da malária, da Aliança Mundial pelo fim da Tuberculose e o Plano Mundial para deter Tuberculose: 2006-2015 (OMS, 2009).

Destaca-se, ainda, o *Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (ONUSIDA)*, que incluem a *Campanha Mundial contra a AIDS e a Coalizão Mundial sobre Mulheres e AIDS*; o *Fundo de População das Nações Unidas*, englobando a *Saúde reprodutiva* e os direitos reprodutivos, Igualdade entre os gêneros, incluindo a prática da mutilização e ablação genital feminina e gênero e HIV/AIDS, dos Serviços de saúde para adolescentes e jovens, da Segurança materna, do HIV/AIDS e HIV/AIDS e os jovens e As mulheres, o envelhecimento e a saúde: um marco de ações. Além do fundo acima especificado, deve-se advertir a importância do Fundo das Nações Unidas para a Infância e a saúde, especificadamente, a *Sobrevivência e o Desenvolvimento Infantil*, *O HIV/AIDS e as crianças* e a *Adolescência e a juventud*, incluindo a prevenção do HIV (OMS, 2009).

---

<sup>40</sup>O *Fundo Mundial de luta contra a AIDS, tuberculose e a malária* é uma associação público-privada mundial dedicada a atrair e investir recursos para prevenir e tratar HIV e a AIDS, a tuberculose e a malária. Esta associação entre governos, a sociedade civil, o setor privado e as comunidades afetadas representa um novo enfoque do financiamento internacional da saúde. O Fundo trabalha vinculado a outras organizações bilaterais e multilaterais com objetivo de complementar os esforços já existentes para o controle destas três doenças. Desde sua criação em 2002, o Fundo converteu-se no principal organismo de financiamento de programas de luta contra a AIDS, a tuberculose e a malária, com um financiamento aprovado de US\$ 22.600 milhões para mais de 1000 programas em 150 países. Em 2011, os programas financiados pelo Fundo Mundial permitiram que 3,3 milhões de pessoas recebessem tratamento contra a AIDS, 8,6 milhões de pessoas tiveram acesso a tratamento contra a tuberculose e houve a distribuição de 230 milhões de mosquiteiros tratados com inseticidas para prevenir a propagação da malária (EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA. **Quiénes somos**. 2012. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org/es/about/whoweare>>. Acesso em 13 jun. 2012).

Faz-se mister lembrar a importância dos Objetivos de desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados com a saúde, em especial, o Objetivo 4: Reduzir a mortalidade das crianças menores de 5 (cinco) anos; Objetivo 5: Melhorar a saúde materna e o Objetivo 8: Fomentar uma aliança mundial para o desenvolvimento.

Dada a especificidade e as particularidades da Região das Américas, torna-se imprescindível a compreensão das ideias, da política, das ações da Organização Pan-Americana de Saúde, no que se refere aos limites e possibilidades da América Latina efetivar os objetivos em âmbito internacional.

### 5.1.2 Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

A OPAS é um organismo internacional de saúde pública, constituída como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos e da Organização das Nações Unidas (ONU).

A OPAS coopera, por meio de técnicos e cientistas, com os governos para melhorar políticas e serviços públicos de saúde, estimulando o trabalho em conjunto com os países, para alcançar metas comuns como iniciativas sanitárias multilaterais, de acordo com as decisões dos governos que fazem parte do corpo diretivo da Organização.

De acordo com o artigo 1º de sua Constituição, a Organização Pan-Americana de Saúde tem como propósitos fundamentais a proteção e a coordenação dos esforços dos países do Hemisfério Ocidental para combater doenças, prolongar a vida e estimular o melhoramento físico e mental de seus habitantes (OPAS, 2002a).

Todos os Estados Americanos têm direito de integrar a OPAS. São organismos da Organização: a Conferência Sanitária Pan-Americana, o Conselho Diretivo, o Conselho Executivo do Conselho Diretor e a Oficina Sanitária Pan-Americana.

As ideias e as diretrizes para políticas e ações de saúde para Região das Américas foram rediscutidas em 2007, a partir da reunião dos agentes governamentais competentes. O resultado desse conjunto de discussões foi a elaboração da Agenda para Saúde das Américas 2008-2017.

A referida Agenda para Saúde das Américas 2008-2017 foi apresentada pelos Ministros da Saúde das Américas em reunião realizada, em junho de 2007, na cidade do Panamá e tem por escopo refletir, de acordo com o documento da Declaração dos Ministros e Secretários de Saúde dos Estados-membros, o interesse de cada um dos países em trabalhar em conjunto e de forma solidária em favor da saúde e do desenvolvimento dos povos das Américas (OPAS, 2007).

Os Ministros e Secretários de Saúde firmaram a presente declaração na reunião acima menciona, nos seguintes termos:

Nuestro renovado compromiso con el principio establecido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que reconoce que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Nuestro compromiso con la acción intersectorial, reconociendo el rol de los determinantes sociales de la salud en la formulación de las políticas públicas y que la exclusión en salud resulta de factores que se generan dentro y fuera del mandato de la Autoridad Sanitaria Nacional; Nuestro compromiso con el diálogo y la acción conjunta entre todos los actores de la sociedad a nivel local, nacional, subregional y regional para promover y avanzar en el logro de los objetivos regionales de salud a través de las áreas de acción de la Agenda de Salud para las Américas; e

Instamos a todos los Gobiernos, a la sociedad civil y a la comunidad internacional que contribuye con la cooperación técnica y el financiamiento para el desarrollo, a considerar esta Agenda como una guía e inspiración para la formulación de políticas públicas y la ejecución de acciones para la salud, en pro del bienestar de la población de las Américas. (OPAS, 2007, p. 1)

A Agenda para Saúde das Américas 2008-2017 apresenta sete itens caracterizados com enunciados de intenções, são eles:

1. Los Gobiernos de la Región de las Américas establecen conjuntamente esta Agenda de Salud para orientar la acción colectiva de los socios nacionales internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta Región, a lo largo de la próxima década;
2. Los Gobiernos reiteran su compromiso con la visión de una región más saludable y más equitativa en aspectos de salud, donde se aborden los determinantes de salud y se mejore el acceso a servicios y bienes de salud individuales y colectivas. Una región en la que cada individuo, familia y comunidad tenga la oportunidad de desarrollarse al máximo de su potencial;
3. La Agenda de Salud para las Américas es una respuesta a las necesidades de salud de nuestras poblaciones y refleja el compromiso de cada uno de los países para trabajar en conjunto, con una perspectiva regional y con solidaridad en favor del desarrollo de la salud en la Región.
4. La Agenda incorpora y complementa la agenda global incluida en el Undécimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por los Estados Miembros en la 59ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2006. Está concebida, además, en consonancia con los objetivos de la Declaración del Milenio.
5. En coherencia con los documentos citados en el párrafo 4, esta Agenda es un instrumento político de alto nivel en aspectos de salud. En ella se definen las grandes áreas de acción, con el propósito de retomar los compromisos asumidos por los Estados en los foros internacionales y fortalecer la respuesta para su



efectivo cumplimiento. 6. La Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud, según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas, incluyendo el de la Oficina Sanitaria Panamericana. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas en dichos planes. 7. Los Gobiernos de las Américas resaltan la importancia que los socios que trabajan por la salud y las instituciones se beneficien de una agenda de salud concisa, flexible, dinámica y de alto nivel que oriente sus acciones, facilite la movilización de recursos e influencie las políticas de salud en la Región. (OPAS, 2007, p. 2).

Além disso, os Ministros reconheceram que a região é heterogênea e que as nações e as populações das Américas têm distintas necessidades e enfoque socioculturais diferentes. Para melhorar a saúde da região a Agenda da Saúde para as Américas 2008-2017 foi articulada a adesão a determinados princípios e valores, quais sejam: direitos humanos, universalidade, acessibilidade e inclusividade; Solidariedade Pan-Americana; Equidade em Saúde e Participação Social. Nos termos da própria Agenda (OPAS, 2007, p. 3):

1. *Derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad.* La Constitución de la OMS señala que: “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social [...]”. Con el propósito de hacer realidad este derecho, los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades. Los sistemas de salud deben rendir cuentas ante la ciudadanía respecto al grado en que cumplen estas condiciones.

2. *Solidaridad panamericana.* La solidaridad, definida como la colaboración entre los países de las Américas, para el impulso de intereses y el avance de responsabilidades compartidas para alcanzar metas comunes, es una condición indispensable para superar las inequidades observadas en materia de salud y fortalecer la seguridad sanitaria panamericana durante crisis, emergencias y desastres.

3. *Equidad en salud.* La búsqueda de la equidad en salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos. Esta búsqueda debe enfatizar la necesidad ineludible de fomentar la equidad de género en salud.

4. *Participación social.* La oportunidad de toda la sociedad de participar en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud y en la evaluación de sus resultados, es un factor esencial para la implementación y éxito de la Agenda de Salud.

Antes de indicar a Agenda da Saúde para as Américas 2008-2017, os Ministros apresentaram uma análise da situação e das tendências de saúde nas Américas. Para compreender a tendência no panorama socioeconômico da Região das Américas, destacaram a importância dos determinantes sociais de saúde como variáveis que ajudam a explicar a situação da saúde de uma região ou país, assim tornou-se indispensável revisar a situação dos principais indicadores

socioeconômicos da Região das Américas e os elementos que subsidiaram a construção da Agenda da Saúde para as Américas 2008-2017.

## **5.2 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a questão da saúde**

Diante da verificação da necessária articulação entre o direito, a igualdade e a universalidade como condição *sine qua non* para redução das iniquidades em saúde, bem como, para efetivação do direito à saúde, torna-se imprescindível compreender a atuação da ONU.

Entende-se o direito à saúde como um bem público global, como questão universal e prioritária, capaz de conduzir o processo de diminuição das desigualdades sociais. O direito à saúde constitui marco contextual capaz de irradiar ideias e recursos na busca por equidade no mundo e, em especial, na Região das Américas.

Assim, com o objetivo de analisar os limites e possibilidades dos organismos internacionais interferirem e/ou modificarem o processo de normatização e implementação de metas para políticas públicas de saúde para Região das Américas, torna-se fundamental identificar e avaliar os principais instrumentos (resultado de consenso) que marcam/demarcam a moldura e as perspectivas para o futuro da Região na superação das iniquidades em saúde.

Nesse desiderato, aborda-se o processo de construção e implementação dos ODM e da Agenda da Saúde para a Região das Américas 2008-2017, ressaltando as dificuldades na efetivação e as possibilidades da reformulação das metas e instrumentos.

Como ficou demonstrado nos capítulos precedentes, a temática da saúde é pluridimensional. Direito humano compreendido como instrumental simultaneamente individual e social. A saúde tem sua efetividade limitada por circunstâncias naturais e socioeconômicas, mas, ao mesmo tempo, é elemento capaz de desencadear um processo de modificação de posturas e ações dos indivíduos, da sociedade, dos governos dos Estados nacionais e das organizações internacionais, na melhoria da qualidade de vida das populações.

Nessa perspectiva, o direito à saúde insere-se na categoria de direito humano social, constituído por um conteúdo adaptável às necessidades do seu tempo, ou seja, caracterizado por um conteúdo aberto, vinculado à realidade

histórica e dotada de plasticidade. Qualifica-se plasticidade o caráter de maleabilidade do direito à saúde, em outras palavras, a capacidade de adequação de seu sentido às situações concretas do cotidiano.

Diante de disso, torna-se indispensáveis compreender a possibilidade de concretude dos ODM e sua articulação com os princípios da igualdade e da universalidade do direito à saúde traçados pela Declaração do Milênio.

Em setembro de 2000, representantes de 189 países se reuniram na cidade de Nova Iorque para a Conferência do Milênio, convocada pelas Organizações das Nações Unidas e elaboraram a Declaração do Milênio, instrumento consensual que deu origem a formulação dos ODM. Esses objetivos constituíram parte de uma série de iniciativas empreendidas pelos governos nacionais, pelo sistema das Nações Unidas e pelas instituições internacionais de financiamento direcionadas a redução da pobreza no mundo (TORRES; MÚJICA, 2004, p. 430).

A construção da Declaração do Milênio e, como consequência, a formulação dos ODM demonstraram, uma vez mais concretamente a universalidade dos direitos humanos. A demarcação que o valor dos direitos humanos não é relativo a uma cultura determinada e, que, independente da origem histórica e geográfica do indivíduo, há um mínimo ético aceitável por toda a humanidade.

Assim, a universalidade dos direitos humanos está reforçada na universalidade dos ODM, na medida em que todos os seres humanos são titulares de determinados direitos que representam o consenso ético das nações democráticas.

A desigualdade econômica e social entre os povos e os indivíduos, resultado do processo estrutural de configuração do poder, ressalta a importância dos ODM, como representação do interesse mundial pela erradicação da pobreza e pela redução das desigualdades.

Nesse diapasão, observa-se a importância da atuação dos organismos internacionais na temática da saúde e a funcionalidade transversal dos ODM, como indicativo normativo que se configurou mediante um longo processo de debates e articulações que foram se esculpindo desde a conferência da ONU e de suas organizações especializadas.

Entre as cúpulas que demarcaram o processo de construção dos ODM podem ser destacadas a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente e

Desenvolvimento, celebrada no Brasil em setembro de 1992; a Conferência Internacional sobre a Mulher, celebrado em Pequim/China, em setembro de 1995; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo/Egito, em setembro de 1994, bem como a Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Social, realizada em Copenhague/Dinamarca, em março de 1995; a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância, celebrada em Durban/República Sul Africana; entre outras.

Observa-se que essas conferências serviram para que as agências e as instituições competentes dos governos nacionais se aprofundassem em temas relacionados aos direitos sociais (em especial, a saúde), ao desenvolvimento sustentável e a proteção do meio ambiente, numa única expressão ao reconhecimento dos direitos humanos (TORRES; MÚJICA, 2004, p. 430).

Com a afirmação da universalidade dos direitos humanos, entre os quais, dos direitos sociais e, entre estes, do direito à saúde, objetiva-se demarcar a necessidade de modificação do panorama de saúde no mundo e, em especial, na América, como elemento decisivo para garantia da efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana.

Entende-se que a universalidade é uma característica que se apresenta como constitutiva da própria ideia de direito. Nessa perspectiva, quando se compreende os direitos sociais como direito de prestação, dever do Estado, reafirma-se que direitos como a saúde não devem e não podem estar submetidos a uma lógica de mercado, pois se configuram como integrantes do valor supremo da existência humana, qual seja, de sua dignidade.

Concretamente, os ODM, representaram o resultado mais visível de um conjunto de iniciativas que caracterizaram a década de 1990.

Os ODM são a demonstração do estabelecimento de uma vontade política para buscar soluções coordenadas entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, sobre a temática da pobreza no mundo.

As reuniões de cúpula, acima referenciadas, demonstraram que a pobreza é um obstáculo para o desenvolvimento. Além disso, a partir de todas essas reuniões os Estados-membros e os Organismos Internacionais, nesse sentido, perceberam o alto grau de interdependência entre os povos e demarcaram a

percepção que o desenvolvimento mundial somente seria possível por meio da cooperação entre povos.

Os ODM fazem parte desse processo de cooperação entre os povos e representam um avanço diante de todas as conferências anteriormente realizadas, tendo em vista o estabelecimento de objetivos concretos e realizáveis, em um período de tempo previamente estabelecido.

São oito os ODM, quais sejam: erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater a AIDS/HIV, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Vinculados aos ODM foram estabelecidas as Metas de Desenvolvimento do Milênio, indicadores precisos para facilitar a implementação e o acompanhamento do cumprimento dos respectivos objetivos.

Nessa perspectiva, observa-se que os ODM superaram o perfil demasiadamente geral e amplo das propostas emitidas em reuniões e conferências anteriores. Além disso, com os ODM ficou definido um horizonte temporal de 15 (quinze) anos, que seria o tempo necessário para alcançar essas mudanças. (TORRES; MÚJICA, 2004, p. 431).

Embora se reconheça que os ODM não podem ser analisados como normas jurídicas *stricto sensu*, tendo em vista que não possuem força coercitiva para obrigar os Estados-membros ao seu cumprimento, deve-se destacar o alto valor ético conformado nesse texto da Organização das Nações Unidas, e isso é extremamente significativo para a construção de um consenso internacional. Além disso, põe em relevo que a violação aos direitos humanos é um problema universal, de responsabilidade de todas as nações. Desta feita, as soluções para pôr fim as graves iniquidades sociais devem ser planejadas em conjunto.

Os ODM estão relacionados com uma perspectiva ética mínima, com possibilidade real de efetivação. Diante do panorama mundial de saúde, observa-se que alcançar tais objetivos até 2015 é extremamente difícil, mas, como afirmado, realizável, a depender de decisões políticas, econômicas e sociais dos estados nacionais e dos Organismos Internacionais.

Entende-se que os ODM representam uma aliança mundial para o desenvolvimento ou, no mínimo, representam um marco para o processo de

construção de uma sociedade mundial mais sustentável, baseada na igualdade e na universalidade de direitos entre os povos, assentada em planos claros e objetivos, com metas mensuráveis, que demonstrem uma visão comum de cunho ético e consensual.

A reação internacional, particularmente, a das organizações do sistema das Nações Unidas e das entidades financeiras internacionais, foi extremamente positiva quanto a constituição dos ODM.

Como parte do sistema das Nações Unidas, a OMS e a OPAS têm participado de ações no sentido de acompanhar e garantir a efetivação desses objetivos, tanto em escala mundial, quanto em âmbito regional e nacional. No caso especial da OPAS, na Região das Américas.

Oberserva-se que a OMS e a OPAS outorgaram aos ODM a mais alta prioridade, estabelecendo em suas agendas de cooperação técnica para o quinquênio 2003-2007, assim como para o decênio 2008-2017 um conjunto de medidas para garantir a exequibilidade desses objetivo (TORRES; MÚJICA, 2004).

Os ODM 4, 5 e 6 estão diretamente associados à saúde e diretamente ligados ao direito de ter o melhor padrão de saúde física e mental. Estão, portanto, integrados e relacionados ao direito à saúde.

O ODM 4 tem por meta reduzir em dois terços a mortalidade na infância, o ODM 5 tem por escopo a redução da mortalidade materna em três quartos e o ODM 6 tem a pretensão de iniciar a reversão da tendência de proliferação da epidemia de HIV/AIDS, assim como reverter a incidência de malária, tuberculose e de outras doenças. Em outras palavras, os três objetivos identificados estão relacionados de forma explícita com os três problemas de saúde mais prementes nas populações vulneráveis, quais sejam: a mortalidade materna, a mortalidade infantil e a infecção por HIV/AIDS.

Na conformação em que foram estruturados os ODM, observa-se que o setor da saúde tem a responsabilidade singular de implementar, monitorar e avaliar as medidas propostas para alcançar as metas formuladas.

Também compete ao âmbito da saúde cumprir os objetivos associados com outras duas metas: melhorar o acesso aos medicamentos essenciais e reduzir a proporção dos que não têm acesso à água potável. Nesse sentido, observa-se que o conceito contemporâneo do direito à saúde, considerado um direito inclusivo, é amplo, pois engloba a atenção à saúde e também a temas relacionados, como

acesso à água potável e saneamento básico, condições saudáveis de ocupação do meio ambiente, educação e informação relacionada à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, bem como acesso a medicamentos essenciais por baixo custo (BRASIL, 2009, p. 11)

Uma vez identificados os ODM relacionados com o setor da saúde, cabe refletir acerca da factibilidade de poder alcançá-los, ou seja, as possibilidades reais de seu cumprimento. Na Declaração do Milênio foram estabelecidos para cada indicador os valores que se deveria alcançar num período de 15 anos. Ressalta-se que a linha base dada levou em consideração os valores desses indicadores foi a década de 1990.

Dentre as dificuldades observadas para a implementação dos ODM destaca-se a demora para o início de sua implementação nos diferentes países, no melhor dos casos, acabou utilizando mais de 20% do tempo estabelecido para o alcance das metas, ou seja, 3 (três) anos (TORRES; MÚJICA, 2004). No entanto, deve-se destacar que o tempo não pode ser acusado de obstaculizar à efetivação dos ODM, pois, entende-se que todo projeto, toda agenda, principalmente aquelas que estão atreladas a efetivação de direitos humanos e do desenvolvimento, condicionam-se à história, ou seja, ao momento histórico vivenciado.

O caráter da historicidade explica a dinâmica da construção dos valores humanos e sociais, desmascara a índole evolutiva dos direitos, demonstra que essa evolução é impulsionada pelas lutas em defesa de novas perspectivas. O espaço temporal deve ser visto como o elemento favorável ao processo de construção/reconstrução do planejamento, na medida em que diante dos eventuais erros passados, novos compromissos e ações poderão ser assumidos. Segundo Bobbio (1992, p. 6), os direitos humanos:

Nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas através de demandas de limitação de poder; remédios que são providenciados através de exigências de que o mesmo poder intervenha de modo protetor.

Deve-se destacar que os valores estabelecidos para cada um dos indicadores, nos ODM, estão estreitamente ligados ao conhecimento técnico-científico atual. Além disso, a sociedade internacional não pode se contentar com índices inferiores aos já alcançados pelos países desenvolvidos, pois se entende

que se já alcançados determinados índices em certos países, torna-se possível efetivá-lo em qualquer lugar do planeta (TORRES; MÚJICA, 2004).

Embora os ODM não estabeleçam taxas nacionais, sem fazer explicitamente referência à equidade, de seu espírito se depreende que a prioridade é melhorar as condições de vida das pessoas nos segmentos mais pobres da população, em todas as partes do mundo.

Assim, embora neste estudo tenha-se priorizado a análise da Região das Américas, sabe-se que a efetivação dos ODM representam um consenso internacional pela erradicação da pobreza e pela redução das desigualdades em todo o mundo.

### **5.3 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Região das Américas: panorama geral da Região e a Agenda da Saúde 2008-2017**

O panorama de saúde na Região das Américas é, segundo o texto da Agenda de Saúde para Região das Américas 2008-2017 (OPAS, 2007), caracterizado pela coexistência de danos devido a doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, violência, traumatismo, doenças profissionais e doenças mentais (KOHN, 2005)<sup>41</sup>. Essas últimas substituíram as doenças transmissíveis como principais causas de morbimortalidade em todos os países.

Os países da Região das Américas enfrentam diferentes fases de transição epidemiológica (BARRETO et al., 2012). Os dados do triênio 2007-2009 indicam que 76,4% das mortes foram causadas por doenças não transmissíveis, 12,5% por doenças transmissíveis e 11% por causas externas, com variações entre países (OPAS, 2012).

Entre as doenças transmissíveis continuam as ameaças tradicionais, como a malária; apareceram, no entanto, novas ameaças (como o HIV/AIDS), outras voltaram com bastante força (como a tuberculose) e as características de alguns agentes mudaram bastante, tais como os vírus da influenza, cujas variantes são capazes de provocar uma pandemia de graves consequências (OPAS, 2007).

---

<sup>41</sup>Kohn, R. et al. Lostrastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Revista Panamericana de la Salud Pública**, v. 18, n. 4/5, p. 229-240, 2005. Indica que la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora y se estima que el número de personas con estos trastornos en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010.



Segundo a OPAS, em 2012, a região da América Latina e Caribe continua a encarar um complexo panorama epidemiológico, caracterizado por uma tripla carga de doença. Em primeiro lugar:

As doenças crônicas, que além de sua elevada mortalidade, implicam cargas caracterizadas por agudização recorrente do estado de saúde e deficiências crescentes, que exercem uma grande pressão sobre os serviços de saúde. Em segundo lugar, encontram-se as doenças infecciosas, cuja mortalidade está em queda, mas continuam registrando taxas de mortalidade elevadas, principalmente nos menores de cinco anos, isto além de importante demanda de serviços gerada por algumas doenças endêmicas-epidêmicas insuficientemente controladas. Em terceiro lugar, encontra-se cada vez maior carga de doença ocasionada por causas externas, resultando numa importante demanda de serviços assistenciais, em particular, os de urgência (OPAS, 2012, p. 9).

Em paralelo, subsiste um grupo de doenças que atingem, de forma desproporcional, os países em desenvolvimento e que são uma consequência da pobreza e estão, em geral, estigmatizadas<sup>42</sup>. Mesmo demonstrado que essas doenças sejam objeto de prevenção e cura, com medicamentos de fácil administração, seu controle ainda não deixou de ser um grande desafio (OPAS, 2007).

Observaram-se melhorias na maioria dos indicadores de saúde convencionais<sup>43</sup>, notadamente quando se trata de médias nacionais. A principal característica da Região é a imensa diferença que os indicadores apresentam entre os países, ou mesmo no interior de cada um deles. As desigualdades em saúde estão relacionadas a importantes diferenças geográficas, de idade, gênero, etnia, educação e distribuição de renda (CEPAL, 2005b).

A Agenda da Saúde das Américas 2008-2017 destaca que as condições de saúde dos povos indígenas são comprovadamente piores que as da população não indígena (OPAS, 2007). Na região, mais de 45 milhões da população integra às etnias indígenas, mas os sistemas de informação não identificam de forma suficiente, atual e necessária as variáveis raciais e culturais, o que prejudica o

---

<sup>42</sup>La comunidad internacional ha acuñado la expresión 'enfermedades desatendidas' para referirse a estas enfermedades. En las Américas, estas enfermedades se agrupan como sigue: a) en barrios pobres: elefantiasis, lepra y leptospirosis; b) en zonas rurales: fiebre de caracoles (esquistosomiasis), fasciolosis, kala-azar y leishmaniasis cutánea, enfermedad de Chagas, cisticercosis, triquinosis y peste; c) en algunas comunidades indígenas: ceguera de ríos (oncocercosis) y enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis, pulgas de arena y hongos) y d) en la mayoría de las poblaciones pobres: ascariasis, uncinariasis y tricurosis (helminthosis transmitidos por contacto con el suelo).

<sup>43</sup>En América Latina y el Caribe, en el período de 1980 a 2005 la mortalidad infantil pasó de 56,6 a 24,8 por 1.000 nacidos vivos.

desenvolvimento de estratégias adequadas para intervir sobre os danos à saúde desse importante grupo populacional (OPAS, 2007). Dados de 2011 demonstram que

Na Região vivem aproximadamente 1.100 etnias indígenas diferentes: Na América Latina e Caribe representam 10% da população, no Canadá 4% e nos Estados Unidos 1,6%. Independentemente do país de residência, essas etnias, bem como os afrodescendentes, são populações que se encontram em diversos gradientes de maior exclusão social e vulnerabilidade. De acordo com o Banco Mundial, algumas dessas populações recebem entre 46 e 60% do que ganham os não indígenas. Os efeitos negativos na saúde entre algumas etnias discriminadas persistem em forma intergeracional, dadas as condições de pobreza e de exclusão social. (OPAS, 2012, p. 7).

Observa-se um sucesso na diminuição da mortalidade precoce e evitável. Esse sucesso é resultado, em parte, de ações específicas do setor da saúde, fundamentalmente na atenção primária, tais como: o aumento da cobertura de vacinação, do planejamento familiar e da reidratação oral (OPAS, 2007). No que diz respeito às doenças imunopreveníveis, entre 2006 e 2011, os programas de vacinação das Américas alcançou gigantescos avanços,

Aproximadamente 174.000 mortes infantis são prevenidas anualmente. A Região foi líder mundial na eliminação ou redução de doenças imunopreveníveis. Foi a primeira a erradicar a varíola (1971) e eliminar a pólio (1991). O último caso endêmico de rubéola ocorreu em 2009. Por sua vez, o último caso endêmico de sarampo notificou-se em 2002, em que pese o recente registro de alguns surtos isolados dessa doença associados à importação de casos de fora da Região. As coberturas de vacinação são em média de 93% entre as crianças menores de um ano de idade. A difteria, o tétano e a coqueluche reduziram-se significativamente (OPAS, 2012, p. 7).

Deve-se, no entanto, observar que embora tenha havido uma redução na mortalidade materna [em 2005 a Região tinha um índice de 71,9 por 100 mil nascidos vivos, esse índice sobe para 94, quando só se considera a América Latina e o Caribe, e alcança o valor máximo de 523 no Haiti e o mínimo de 13,4 no Chile (OPAS, 2005a)]. Todos os anos na Região ocorrem 1,2 milhão de gravidezes não planejadas, 49% das quais correspondem a gravidezes na adolescência (OPAS, 2012, p. 3).

Deve-se, ainda, destacar que a mortalidade por câncer do colo uterino, câncer de mama, septicemia, desnutrição e infecções respiratórias agudas - causadas por morte evitáveis - podem ser reduzidas com uma melhor e mais efetiva cobertura da atenção primária da saúde (OPAS, 2007).

Agenda de Saúde 2008-2017 demonstra que, não raro, o avanço que se pode obter com ações específicas do sistema de saúde parece estar chegando ao limite (OPAS, 2007). Reconhece-se cada vez mais que os fatores de risco das

principais causas de doença e morte, sobre os quais é preciso intervir, fogem ao controle direto do setor da saúde.

Destacam-se alguns exemplos: a mortalidade por causas externas e por algumas doenças (como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, HIV/AIDS) depende muito das condições e estilos de vida e do comportamento das pessoas. Desta feita, para avançar mais em termos de diminuir o ônus das doenças evitáveis, é necessário revisar os grandes determinantes e fatores de risco dos principais problemas de saúde e atuar sobre eles (OPAS, 2007). Para isso, segundo a Agenda da Saúde, é:

[...] preciso fazer uma análise das evidências, baseada na experiência internacional, que forneça informação útil para a tomada de decisões políticas, bem como se fazem necessárias alianças estratégicas intersetoriais e interinstitucionais, a fim de assegurar a efetividade das intervenções. (OPAS, 2007, p. 9).

No que se refere à contribuição da saúde para a igualdade na distribuição da riqueza, segunda a Agenda da Saúde 2008-2017, a

[...] experiência mostra que as intervenções que buscam possibilitar máximo desenvolvimento das potencialidades da infância melhoram seu acesso a empregos produtivos e podem resultar em gerações com maior possibilidade de mobilidade social, que continua extremamente limitada na maioria dos países da Região. (BANCO MUNDIAL, 2012, p. 15)<sup>44</sup>.

A falta de oportunidades se manifesta ainda na primeira infância. Por exemplo, aproximadamente 40% dos municípios da América Latina e do Caribe não alcançam a meta de vacinar 95% das crianças menores de 1 (um) ano contra a poliomielite, difteria, tétano e coqueluche, o que significa que pelo menos 800 mil crianças não estão adequadamente protegidas contra essas doenças ao completar um ano de vida (OPAS, 2005b).

As denominadas doenças negligenciadas são uma consequência das iniquidades que assolam diversos grupos populacionais na América Latina e Caribe. Tem-se um verdadeiro binômio na Região, de um lado, um conjunto de doenças da pobreza que fazem parte da agenda inclusiva da saúde e, por outro, de populações desassistidas que vivem em situações de grande marginalidade<sup>45</sup>. Assim,

<sup>44</sup> BANCO MUNDIAL. **Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina**: Documento de trabajo 01/06 de la Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. [S.l.]: Banco Mundial, 2006; Bedregal, P.; Margozzini, P.; Molina, H. **Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez**. Washington D. C.: OPAS, 2002.

<sup>45</sup> Felizmente, durante os últimos anos, a luta contra essas doenças ganhou maior importância e registraram-se avanços importantes na redução de várias delas, em particular, de hanseníase, doença de Chagas,

novamente, para avançar em direção à eliminação das patologias negligenciadas será necessário aumentar a capacidade diagnóstica e resolutiva da atenção primária, melhorar a produção e qualidade dos dados epidemiológicos, que permitam focar nas intervenções e garantir a produção e abastecimento dos medicamentos necessários.

No que diz respeito às tendências das respostas dos sistemas de saúde, o documento Agenda da Saúde 2008-2017 assinala que, no que se refere aos sistemas de saúde. Não se conseguiu superar a segmentação<sup>46</sup> dos sistemas de saúde americanos e persistem deficiências graves no desempenho das políticas de financiamento da saúde. Além disso, a OPAS destaca:

Uma das características dos sistemas de saúde da Região das Américas é sua segmentação, representada por diversas formas de financiamento e afiliação. Outra é que a oferta de serviços de saúde é fragmentada, com uma multiplicidade de diferentes instituições, estabelecimentos ou unidades não integradas como parte da rede assistencial. Tanto a segmentação como a fragmentação aumentam a iniquidade no acesso e reduzem a eficiência na atenção e a gestão dos serviços. As razões de fundo dessa segmentação e fragmentação são complexas e com frequência refletem fatores sistêmicos de tipo social, político e econômico que se acumularam ao longo da história e que se transferiram entre gerações. Nesse contexto, os serviços se transformaram num importante determinante da saúde, porque têm o potencial de contribuir para melhorar a equidade, à medida que avançam para uma cobertura universal, financiada com recursos públicos progressivos, que reduzam ao mínimo as despesas diretas das famílias e eliminem práticas discriminatórias e diferenças na qualidade de suas prestações. (OPAS, 2012, p. 7).

Observa-se uma situação de alta vulnerabilidade refletida no fato de que alguns países apresentam um nível de gasto insuficiente em saúde, outros têm grande dependência de recursos externos e as despesas, por conta própria, aumentam na maioria dos países (OPAS, 2007). Tudo isso alcança com maior amplitude as populações mais pobres.

A alocação de recursos continua, em geral, desvinculada dos resultados e do desempenho dos serviços. Comumente, as decisões não são sustentadas na

---

oncercose, tracoma e geohelmintias. Outras em compensação, como a filariose e a leishmaniose, expandiram-se. Estimativas recentes informam que na Região, as doenças negligenciadas excedem em carga de doenças a malária ou a tuberculose (OPAS, 2012, p. 7).

<sup>46</sup>Segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, "especializadas" de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población.

análise sistemática de informações, de dados, do conhecimento e das lições aprendidas e não se considera a diversidade cultural existente.

A gestão clínica é ainda insuficiente e não se tem privilegiado ações de saúde pública. A prestação de serviços de saúde é caracterizada pelo predomínio do modelo curativo, centrado em hospitais e na atenção individual, relegando a segundo plano a atenção primária e os serviços de saúde pública (OPAS, 2007). Percebe-se, que esse modelo não possui instrumentos de coordenação de serviços em rede e, por consequência, não incorpora de forma plausível a promoção da saúde.

Os processos de reforma do setor da saúde promovidos na década de 1990 na América Latina e no Caribe concentraram sua atenção em aspectos financeiros e organizacionais, deixando em segundo plano os aspectos essenciais da saúde pública. Esses processos amainaram o papel do Estado em áreas fundamentais, o que demarcou “[...] um declínio sustentado da capacidade dos Ministérios da Saúde para o exercício da sua função condutora e do desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública.” (OPAS, 2007, p.10).

Por volta do ano 2005, o gasto nacional em saúde do conjunto de países da Região da América Latina e do Caribe representou aproximadamente 6,8% do produto interno bruto da Região, o que equivale a um gasto anual de US\$ 500 dólares per capita (OPAS, 2007, p. 11).

Parte da metade desse índice diz respeito a gastos públicos, que compreendem gastos em serviços de atenção à saúde das instituições de saúde do governo central, governos locais e municipais e gastos em serviços de saúde por meio de contribuições obrigatórias aos fundos de saúde de administração privada ou a instituições de previdência social (OPAS, 2007).

A metade restante corresponde a gastos privados, que incluem os gastos diretos, por conta própria, na compra de bens e serviços de saúde e os serviços de saúde consumidos através de planos de seguro de saúde privado ou de esquemas de medicamentos pré-pagos (OPAS, 2006). Deve-se considerar que,

Durante os últimos anos, os países da Região progrediram na universalização dos sistemas de saúde, por meio de reformas e mudanças nas políticas, ressaltando o direito à saúde. Ainda assim persistem vários desafios, em particular, como avançar para uma cobertura integral dos serviços, reduzir co-pagamentos e outros gastos diretos e garantir que as prestações sejam similares para toda a população. Restam também outros importantes desafios, entre eles, melhorar a qualidade da atenção e adequar a capacidade de respostas dos serviços à demanda. Muito desses

processos continuam inconclusos e precisam ser fortalecidos (OPAS, 2012, p. 7).

No que se refere à quantidade e qualidade dos recursos humanos observa-se a escassez, má distribuição e falta de adequação do pessoal. As necessidades de saúde são acentuadas pela migração de profissionais dentro do território nacional e emigração, para países mais ricos (OPAS, 2007).

A maior parte dos países americanos é afetada por esse fenômeno, que deve ser enfrentado tanto nacionalmente, como no panorama interamericano e mundial, já que um número considerável de países da Região não conta com os requisitos de pessoal necessários para cobertura mínima (25 profissionais de saúde por 10 mil habitantes), enquanto outro grupo de países tem cinco vezes essa disponibilidade (OPAS, 2007).

A distribuição de profissionais da saúde é extremamente desigual, pois nas áreas urbanas existem de 8 a 10 vezes mais médicos do que nas áreas rurais (OPAS, 2007).

Determinados países apresentam consideráveis desequilíbrios em sua oferta de capacidades, com poucos profissionais de enfermagem, médicos e ausência de outras profissões imprescindíveis (OPAS, 2007).

O documento Agenda da Saúde 2008-2017 afirma que “[...] as mulheres, que perfazem quase 70% da força de trabalho em saúde, são minoria nos cargos de direção, tendem a receber salários mais baixos e são as primeiras atingidas pelo desemprego.” (OPAS, 2007, p. 16). Além disso, cumpre destacar que na América Latina e Caribe,

Os países da Região não conseguiram uma composição nem uma distribuição adequada de sua força de trabalho na saúde. Persiste o desafio crítico de melhorar a governança com o setor educacional para reduzir algumas das incoerências e desequilíbrios prevalentes. Além disso, mantém-se uma excessiva hierarquização entre as diversas categorias profissionais, cujas práticas colaborativas são deficientes. Em alguns países, as reformas e os programas enfrentam problemas estruturais difíceis de superar. A emigração massiva de pessoal de saúde, frequentemente de graduação recente, procedente dos países do Caribe é um claro exemplo (OPAS, 2012, p. 7).

A formação dos recursos humanos, em boa medida, continua usando modalidades tradicionais que pouco incentiva o desenvolvimento de condições de liderança e criatividade. O planejamento relativo aos requisitos de recursos humano sem quantidade e qualidade adequadas representam uma carência na Região, no entanto destaca-se, que:

O período recente caracterizou-se por um dinamismo contínuo no desenvolvimento de políticas, estratégias e planos de recursos humanos, aproximando políticas globais, regionais e nacionais. Na Região surgiu um amplo consenso sobre o papel gestor da “autoridade sanitária” em matéria de recursos humanos, o qual por uma parte implica procurar uma coerência estratégica na organização dos sistemas e serviços de saúde e, por outra, construir uma relação essencial com as instituições formadoras. Em mais de um caso, o resultado mais destacado foi uma expansão efetiva da cobertura através de equipes multiprofissionais de saúde familiar e comunitária, responsáveis por uma população de um território definido, tanto em zonas rurais como urbano-marginais ou de difícil acesso. (OPAS, 2012, p. 7).

Na América Latina e no Caribe, o investimento em ciência e tecnologia aplicada à saúde é caracterizado pela ausência de agendas explícitas de pesquisas orientadas pelas necessidades determinadas na elaboração de políticas baseadas em evidência, bem como pelo pouco desenvolvimento de mecanismos de financiamento para satisfazer essas necessidades (OPAS, 2007)<sup>47</sup>.

Para construção da Agenda de Saúde das Américas 2008-2017, a OPAS destacou 8 (oito) áreas de atuação, quais sejam (OPAS, 2007):

- a) fortalecer a autoridade sanitária nacional;
- b) abordar os determinantes da saúde;
- c) aumentar a proteção social e o acesso aos serviços de saúde de qualidade;
- d) diminuir as desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles;
- e) reduzir os riscos e o ônus da doença;
- f) fortalecer a gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- g) aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia; e
- h) fortalecer a segurança sanitária.

Para melhoria da autoridade sanitária nacional, a Agenda de Saúde das Américas 2008-2017 propõe que as Autoridades Sanitárias Nacionais fortaleçam suas capacidades institucionais para cumprir suas metas em saúde e exercer uma liderança intersectorial, com capacidade de convocação e orientação aos Estados nacionais (OPAS, 2007).

Devem, ainda, propiciar a plena participação social e comunitária e o fortalecimento da atenção primária de saúde no setor público, bem como no setor

---

<sup>47</sup>De acuerdo a estudios auspiciados por el *Council for Health Research and Development (COHRED)*, en la Región sólo tres países mostraban desarrollos de fondos de investigación apuntados al financiamiento de proyectos de investigación esencial en salud, definida como aquella dirigida a fundar en evidencia decisiones relevantes en materia de política de salud.

privado. Devem também contar com marcos legais que respondam e permitam exercer sua autoridade em saúde. Os ministérios de saúde devem cumprir plenamente as funções essenciais de saúde pública e desempenhar efetivamente seu papel na condução, regulação e gestão dos sistemas de saúde (OPAS, 2007).

Uma atividade essencial das Autoridades Sanitárias Nacionais é assegurar que os temas de saúde que tenham sido adotados em âmbito regionais e sub-regionais sejam incorporados à agenda hemisférica de desenvolvimento.

No que se refere aos determinantes da saúde, a Agenda de Saúde das Américas 2008-2017 assevera que, as Autoridades Sanitárias Nacionais devem ocupar a mais alta posição de saúde na agenda para o desenvolvimento humano sustentável. Entende-se que para proteger efetivamente a população mais pobre, marginalizada e vulnerável é imperativo abordar os fatores determinantes de saúde. Exigem a participação dos Ministérios de Saúde dos Estados nacionais, bem como de outros entes governamentais (OPAS, 2007).

É necessário que os países invistam mais na promoção da saúde e que contem com marcos políticos que permitam seu desenvolvimento e a efetivação de objetivos mesuráveis. Os sistemas de saúde devem ter um enfoque intercultural e de gênero, em que a participação social ativa seja um fator determinante.

No que se refere ao aumento da proteção social e ao acesso aos serviços de saúde de qualidade, a Agenda de Saúde da Américas 2008-2017 argumenta que deve ser posto em discussão a universalização e a melhoria da proteção social no diálogo político e acadêmico sobre o desenvolvimento humano, na região das Américas (OPAS, 2007).

Nesse contexto, as políticas públicas devem ampliar progressivamente o acesso, o financiamento e a solidariedade dos sistemas de proteção social. Os países devem fortalecer ações, para que a proteção social seja efetiva. Entre essas ações podem ser destacadas:

- a) acesso aos serviços de saúde;
- b) segurança financeira;
- c) solidariedade no financiamento e
- d) dignidade e respeito aos direitos dos pacientes na atenção de saúde de acordo com a legislação nacional.

Promoção do acesso a medicamentos é outro requisito essencial que deve considerar (OPAS, 2007):



- a) utilização do máximo das provisões nos acordos comerciais, incluindo flexibilização e quebras de patente;
- b) fortalecimento dos sistema de provisões;
- c) fortalecimento dos mecanismos de compras sub-regionais e regionais;
- d) promoção do uso racional dos medicamentos e
- e) redução das barreiras aos medicamentos e tecnologias de saúde. Será fundamental a estratégia da atenção primária de saúde para alcançar o acesso universal e equitativo da atenção da saúde nas áreas rurais e nas áreas urbanas marginais, onde os serviços são praticamente inexistentes.

Em referência à diminuição das desigualdades em saúde entre os países e as disparidades dentro deles, a Agenda de Saúde das Américas 2008-2017 assevera que, na busca de equidade, as intervenções para melhorar a saúde devem priorizar os mais pobres, os marginalizados e os vulneráveis, entre estes, em especial, os índios e as comunidades tribais (OPAS, 2007).

Os países devem zelar pela inclusão, pelo acesso a serviços de saúde culturalmente aceitáveis aos grupos tradicionais, pelo reconhecimento das diferenças e pela constituição de dados específicos. Assim, serão garantidos a adequada tomada de decisões e o real exercício da cidadania, por esses grupos tradicionais (OPAS, 2007).

A saúde sexual e reprodutiva deve ser outro tema prioritário na Região, responsabilidade compartilhada por homens e mulheres. Estas últimas devem receber atenção contínua, que deve ser iniciada com os cuidados na etapa anterior à concepção e prosseguir durante a gestação, o parto e o puerpério, incluindo a atenção ao recém-nascido. No que tange à redução dos riscos e o ônus da doença, a atuação do Estado deve levar em consideração as características específicas de cada grupo étnico, bem como garantir uma atenção especializada à mulher (OPAS, 2007).

Deve haver uma preocupação especial com a contaminação e a transmissão do HIV/AIDS, incluída a possibilidade de contaminação e transmissão materna ao recém-nascido. Deve haver também um cuidado especial em relação às crianças, adolescentes e jovens, no combate ao uso de álcool, drogas e da violência. Da mesma forma, uma atenção específica aos idosos para que possam ter uma vida ativa e saudável (OPAS, 2007).

A melhoria da saúde na região enseja o estabelecimento de protocolos e procedimentos que reduzam a transmissão pelo HIV/AIDS e a contaminação dos recém-nascidos. Destaca-se a necessidade de buscar alternativas para construir uma cultura de responsabilidade, também masculina, pela temática da saúde sexual e reprodutiva. Em outra perspectiva, torna-se fundamental buscar o desenvolvimento da proteção integral da população adolescente e jovem, fundamentada na prevenção da utilização de álcool, drogas e situações de violência, assim como o desenvolvimento de ações que garantam a vida saudável e ativa dos idosos.

Por fim, as instituições internacionais que financiam o desenvolvimento devem articular a ajuda internacional à Agenda da Saúde e às prioridades definidas para a Região. Nessa linha de raciocínio, o objetivo seria aumentar a capacidade do setor da saúde para alcançar as metas e objetivos acordados internacionalmente, bem como reduzir as iniquidades que subsistem nas cifras das médias nacionais (OPAS, 2007).

No âmbito da redução dos riscos e do ônus da doença, além da continuidade dos esforços para controlar doenças infecciosas, devem ser enfatizadas as ações de prevenção e controle das doenças não transmissíveis, bem como aumentar a atenção na área da saúde mental. Os transtornos mentais na América Latina e Caribe, ainda que registrem baixa mortalidade, são responsáveis por aproximadamente 22% da carga total de doença expressa em anos de vida ajustados por incapacidade (OPAS, 2012, p.12). Os países atribuem menos de 2% de seus orçamentos em saúde para a saúde mental e 67% desse percentual destinam-se aos hospitais psiquiátricos (OPAS, 2012, p. 12).

No que se refere ao consumo de alimentos adequados, deve-se buscar a colaboração da indústria, dos meios de comunicação e do mercado no desenvolvimento e propaganda para incentivo do consumo de alimentos mais saudáveis (OPAS, 2007). Por outro lado, a escola deve configurar-se como exemplo de boa alimentação e *locus* para a formulação e construção de hábitos saudáveis.

No que diz respeito ao fortalecimento da gestão e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, os Governos e outras Instituições devem priorizar o desenvolvimento da força de trabalho em saúde, buscar mecanismos para garantir a equidade na distribuição dos trabalhadores da saúde, alcançando, principalmente, as pessoas mais necessitadas, buscar instrumentos de fixação do pessoal nos países em desenvolvimento, melhorar a capacidade de gestão de pessoal e as

condições de trabalho dos profissionais. Por fim, deve atuar decisivamente no processo de formação dos profissionais da saúde, para que estejam preparados para os desafios do futuro (OPAS, 2007).

Na perspectiva de aproveitar os conhecimentos, a ciência e a tecnologia, a OPAS argumenta que os países devem sintetizar, avaliar sistematicamente e usar o conhecimento produzido na tomada de decisões, que sejam capazes de intervir na realidade de forma seletiva, pertinente e efetiva na proteção da saúde. Assim como, fomentar a capacidade de pesquisa e utilização do conhecimento em nível local, em especial, fortalecer a pesquisa sobre as medicinas complementares e tradicionais, e, também, aprofundar os conhecimentos de bioética.

No âmbito da atuação dos governos nacionais, as autoridades sanitárias devem fortalecer sua capacidade de gestão de informações e conhecimento, e suas alianças com geradores de conhecimento, promovendo financiamento especificamente dirigidos a pesquisas orientadas pelas necessidades em saúde, elemento imprescindível para o desenho das políticas de saúde. Deve, ainda, ser um ente regulador capaz de garantir que os medicamentos, tecnologias e insumos de uso médico sejam de qualidade, seguros e que tenham eficácia. Ao mesmo tempo, deve promover o uso racional desses produtos.

A vigilância em saúde deve ser fortalecida em nível local, nacional, regional e global. Deve, por fim, ser fortalecida a capacidade das equipes de saúde locais para executar processos analíticos epidemiológicos que gerem dados científicos para o planejamento sanitário, vigilância e avaliação das intervenções, tornando-se fundamental a uniformização da informação em saúde (OPAS, 2007).

No que faz referência ao fortalecimento da segurança sanitária, os Estados devem observar o novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), com o objetivo de prevenir e controlar a propagação de doenças no interior e fora de suas fronteiras. Devem ainda fortalecer o trabalho conjunto com os setores de agricultura e pecuária para prevenção e controle de doenças específicas.

É fundamental que os países continuem com a modernização e harmonização da legislação para o fortalecimento da produção e comercialização de alimentos saudáveis. Diante de situações que coloquem em risco a segurança sanitária, os países das Américas e as organizações internacionais devem colaborar solidariamente com as autoridades nacionais para responder de forma rápida e efetiva, em benefício da população.

A busca pela equidade na saúde na Região das Américas exige, antes de tudo, a identificação dos grupos mais necessitados. As análises sanitárias têm revelado taxas desiguais nos indicadores básicos de saúde, em nível regional, nacional e internacional, assim como a magnitude das disparidades da equidade na saúde entre países e populações e no interior deles (OPAS, 2002b).

Os dados básicos de saúde mostram que existe uma vinculação intrínseca entre certos determinantes socioeconômicos da saúde, como grau de alfabetização da mulher e a mortalidade materna. Em situações desse tipo, deve-se investir na educação da população feminina, como condição para redução da mortalidade materna e, ao mesmo tempo, para adquirir benefícios fundamentais, em longo prazo, para a sociedade em conjunto (OPAS, 2002b).

As sociedades de maior desenvolvimento socioeconômico apresentam uma situação sanitária melhor que as sociedades menos desenvolvidas e essa situação favorável contribui, por sua vez, ao desenvolvimento humano.

O nível de renda, dentre as várias dimensões da situação socioeconômica da saúde, é considerado como um macrodeterminante importante da qualidade sanitária da população. Nos últimos anos, a OPAS tem documentado tanto o efeito como a influência do nível de renda na presença de desigualdades em saúde, na Região das Américas. Deve-se ressaltar que:

A educação e a saúde se consagram como os eixos fundamentais do desenvolvimento. Existe uma relação sinérgica entre ambas, que afeta positiva ou negativamente as condições sociais, econômicas e culturais dos países. O aumento dos níveis educativos é associado à melhora da saúde da população, ao aumento da produtividade, à mobilidade social, à redução da pobreza e à construção da cidadania. (OPAS, 2012, p. 6).

O trabalho da OPAS tem revelado uma grande variação no nível de renda entre países, em diferentes períodos nas Américas. O problema é que o aumento da renda que, em princípio, caracteriza-se como um ponto positivo para a melhoria da saúde da população, não conseguiu alcançar a parcela mais pobre da população da Região (OPAS, 2002a). Embora essa afirmativa remonte a 2002 e reconheça-se que a situação na Região da América tenha melhorado, o eixo da agenda social da Região continua sendo a luta contra a pobreza e as iniquidades.

Ao agrupar países e unidades regionais, segundo sua situação socioeconômica e levando-se em conta o nível de renda *per capita*, observou-se uma grande homogeneidade nos indicadores básicos de saúde, em especial, a questão da desigualdade de renda.

No que concerne à hierarquia da situação socioeconômica formada pela distribuição da população regional em quintis<sup>48</sup>, segundo o nível de renda, a esperança de vida ao nascer nos fins dos anos 1990 era sete anos maior no quintil mais rico que no mais pobre (72,5 e 65,8 anos, respectivamente). Pelo contrário, a mortalidade infantil antes de completar o primeiro ano de vida no quintil mais rico era menos da metade do risco correspondente ao quintil mais pobre (19,6 e 42,9 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente) (OPAS, 2002a).

Na atualidade, como observado, as diferenças persistem. Por exemplo, entre Bolívia e Chile, dois países vizinhos, a expectativa de vida em 2010 foi 66,8 e 79,2, respectivamente. Essas disparidades também se reproduzem no interior dos países, por exemplo, na Colômbia, em 2010 a mortalidade de menores de cinco anos foi 11,3 vezes maior no quintil mais pobre, se comparado ao quintil mais rico (OPAS, 2012, p. 3).

A OPAS considera que, na análise das desigualdades de saúde, é importante levar em conta não apenas a renda bruta como também o grau da igualdade com que a renda mais ou menos disponível é distribuída/redistribuída entre a população. Esse indicador de distribuição de renda, geralmente é medida por meio da razão entre o quintil mais rico e o quintil mais pobre (a razão 20/20). A Região das Américas apresentou a menor equitativa distribuição de renda do mundo, característica que se acentuou na última década do século XX (OPAS, 2002a).

Cabe destacar que de acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, em 2009, a América Latina e Caribe continuavam como a Região mais não equitativa do mundo, com taxas de desigualdades superiores aos da África Subsaariana, a Ásia Oriental e o Pacífico. Contudo, como observado, estudos mais recentes mostram que, em termos de distribuição de renda, a América Latina e Caribe têm deixado de ser a mais não equitativa do mundo (OPAS, 2012, p. 5). Deve-se observar que tais progressos são consequências das mudanças

---

<sup>48</sup>Na estatística descritiva, um quintil é qualquer um dos valores de uma variável que divide o seu conjunto ordenado em cinco partes iguais. Assim, no caso de uma amostra ordenada, primeiro quintil (designado por Q1/5) = é o valor até ao qual se encontra 20% da amostra ordenada = 20º percentil, ou 2º decil; segundo quintil (designado por Q2/5) = é o valor até ao qual se encontra 40% da amostra ordenada = 40º percentil, ou 4º decil; , terceiro quintil (designado por Q3/5) = é o valor até ao qual se encontra 60% da amostra ordenada = 60º percentil, ou 6º decil; , quarto quintil (designado por Q4/5) = é o valor até ao qual se encontra 80% da amostra ordenada = 80º percentil, ou 8º decil. O termo quintil também é utilizado, por vezes, para designar uma das quintas partes da amostra ordenada (QUINTIL. In: WIKIPEDIA. 2011. Disponível em: <<http://www.pt.m.wikipedia.org/wiki/Quintil>>. Acesso em: 14 jun. 2012).

operadas, não somente nas maiores economias da América Latina (Brasil e México), como também em 11, das 17 economias objeto de análise (OPAS, 2012, p. 5).

Uma inferência importante da análise do nível de renda e da disparidade de renda é que ambos são atributos independentes da dimensão socioeconômica regional. Em outras palavras, os países mais pobres (ou seja, os países de renda mais baixa) não são necessariamente os menos equitativos (ou seja, aqueles com a disparidade de renda mais alta). E ao contrário, os países mais ricos não são necessariamente os mais equitativos. Ainda mais importante para o trabalho de saúde pública a interação entre ambos os atributos da situação socioeconômica é a base das desigualdades de saúde nas Américas (OPAS, 2002a).

Para os países com um mesmo nível de renda, as diferenças em sua distribuição podem explicar grande parte das desigualdades de saúde observadas entre as populações nacionais e internacionais da Região das Américas. De outro lado, para países com disparidade de renda semelhante, as diferenças na renda bruta disponível *per capita* poderiam explicar essas desigualdades de saúde.

Para compreender a influência da renda na distribuição da saúde na Região das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde agrupou os países americanos em conglomerados, do seguinte modo (OPAS, 2002a): baixa renda e baixa disparidade; baixa renda e alta disparidade; alta renda e baixa disparidade e alta renda e alta disparidade.

A partir dessa estratégia, observou-se um esquema surpreendentemente homogêneo: as sociedades mais saudáveis não são necessariamente as mais ricas, mas as que distribuem, de forma mais equitativa, a renda entre a população, qualquer que seja seu nível de renda.

Percebeu-se que os únicos países que na realidade têm alcançado uma expectativa de vida superior à média regional são aquelas com uma disparidade de renda menor, independente de seu nível de renda. De modo mais surpreendente, os países mais pobres, porém mais equitativos (ou seja, com renda baixa e disparidade baixa) têm alcançado uma média de expectativa de vida mais alta que a média dos países mais ricos, entretanto menos equitativos (OPAS, 2002a).

Os riscos da mortalidade parecem estar mais relacionados com a desigualdade da distribuição de renda (disparidade) do que com sua magnitude (nível). Os perfis de mortalidade mais distintos da Região das Américas não são os

contrastes entre os países mais ricos e os mais pobres, mas entre os países que internamente são mais equitativos e os menos equitativos.

Na Região das Américas, a mortalidade por causas externas caracteriza-se como problema importante de saúde pública que tem se concentrado, principalmente, no grupo com idade entre 15 e 44 anos de idade. No período entre 2000 e 2007, o índice de mortes por causas externas, nos homens, aumentou de 229,1 para 237,8 por 100.000 habitantes, enquanto; a mortalidade feminina aumentou de 63,2 para 69,9 por 100.000 habitantes (OPAS, 2012). Dados da OPAS informam que:

A maioria das mortes ocorreu por causas acidentais (37%), acidentes de trânsito (27%) e violência (13%), enquanto as 23% restantes ocorreram por suicídio (10%), eventos de intenção não determinada (9%) e outras (4%). [...] Na Região registram-se aproximadamente 600.000 homicídios por ano e a frequência é 10 vezes maior em homens do que em mulheres. (...) Nas Américas, a metade dos homicídios se concentra no quartil mais baixo de escolaridade da população adulta masculina – 73 vezes maior quando comparado com o quartil de escolaridade mais alto. (OPAS, 2012, p. 13).

Pode-se perceber, assim, que nesses eventos há um elemento social decisivo determinado pela educação. Sublinhe-se, por fim, que entre as causas mais importantes da violência estão conjugadas as iniquidades sociais prevaletes, o desemprego, o aumento na densidade da população e a segregação urbana, onde coexistem a riqueza e a pobreza extrema. Deve-se considerar, ainda, o crescimento do narcotráfico e do crime organizado (OPAS, 2012). Os custos são altos, ou seja,

Os gastos provocados pela violência consomem os orçamentos dos setores sanitário, social e judiciário, pelos custos relacionados ao tratamento de sobreviventes e apreensão de agressores. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estima que os custos econômicos da violência tão-somente na América Central são de US\$ 6,500 bilhões, equivalente a 8% do PIB anual da sub-região. A metade desses custos se relaciona saúde (OPAS, 2012, p. 13).

Até certo ponto, as desigualdades de saúde refletem as importantes desigualdades sociais e econômicas de índole estrutural que prevalecem nas Américas. As desigualdades sanitárias e socioeconômicas estão intrinsecamente vinculadas entre si e com os determinantes geográficos, ambientais e de outros tipos.

A média da taxa total de fecundidade correspondente ao período 1980-2000, por exemplo, é muito mais baixa nos grupos de países com baixa disparidade de renda (2,7 e 2,6 filhos por mulher nos países de renda baixa e de renda alta, respectivamente) do que a taxa dos grupos de países com uma disparidade de

renda mais alta (4,3 e 3,1 filhos por mulher nos países de renda baixa e de renda alta, respectivamente) (OPAS, 2002a). Essas taxas, ainda, são perceptíveis em exemplos como Cuba que registra uma taxa de 1,5 (bem abaixo do nível de reposição populacional), enquanto a Guatemala e a Bolívia mostram taxas de quatro a 3,3 filhos por mulher, respectivamente (OPAS, 2012). De fato, os países cujas taxas médias de fecundidade se aproximam do nível mais baixo e se encontravam numa etapa mais avançada de transição demográfica não eram os mais ricos, mas sim aqueles com a distribuição de renda mais equitativa.

Por conseguinte, pode-se concluir, a partir dos indicadores acima apresentados, que a complexa manifestação de desigualdades de saúde que se observa em toda Região das Américas não parece ser o resultado único ou exclusivamente/principalmente da riqueza acumulada ou disponível, mas (e bem mais) o resultado do grau de distribuição equitativa da riqueza da população.

Essa comprovação explícita a situação de iniquidade no nível de renda e de saúde nas Américas e exige uma nova postura dos entes governamentais, que devem ser traduzidas em ações – decisões políticas e intervenções práticas – com o objetivo de diminuir a inequidade em relação ao nível de renda e saúde, em curto e médio prazo e eliminá-la, em longo prazo.

O primeiro passo para a melhoria dos indicadores de saúde na Região passa pelo reconhecimento que as desigualdades em saúde guardam estreita relação com diversos determinantes socioeconômicos. Em termos gerais, nos países de melhor nível econômico, a expectativa de vida é mais longa que nos países mais pobres. Contudo, as diferenças na expectativa de vida são reduzidas quando se leva em consideração uma distribuição mais igualitária. Assim, nessas condições, os países pobres chegam a alcançar níveis de expectativa de vida comparáveis aos países ricos e, em certos casos, até melhores que os países ricos com alto índice de desigualdade na distribuição de renda.

A exclusão em saúde na Região aparece estritamente vinculada com a pobreza, a marginalidade, a discriminação (cultural, étnica, social e de gênero) e estigmatização que sofrem os doentes mentais e pessoas com necessidades especiais. Além dessas circunstâncias, deve-se destacar que o idioma, o emprego informal e o subemprego, o isolamento geográfico, a baixa escolaridade, a reduzida informação sobre os sistemas de saúde também representam causas significativas para a desigualdade em saúde.



Segundo dados da ONU (2011), no período entre 2005 e 2010, a população total na Região das Américas passou de 886 para 955 milhões de habitantes. Com a persistência dessa tendência de crescimento populacional, pode-se estimar que em 2020 a população americana chegará 1,027 bilhão de habitantes, o que equivale a 13,4% da população mundial. Embora esses dados pareçam astronômicos, deve-se considerar que, em termos relativos, houve uma desaceleração da expansão demográfica na Região. Comparados os quinquênios 1995-2000 e 2005-2010, o crescimento médio anual diminuiu de 1,3% para 1% (OPAS, 2011a).

Observou-se um declínio, entre 2005 e 2010, na taxa de mortalidade geral da Região (de 6,9 para 6,4 por 1.000 habitantes), assim como a taxa global de fecundidade caiu de 2,3 para 2,1 filhos por mulher, embora se deva observar que estas porcentagens médias globais não reflitam situações específicas, tais como a Guatemala e a Bolívia que apresentam taxas e 4 e 3,3 filhos por mulher (OPAS, 2011b).

A esperança de vida para ambos os sexos passou de 74,8 para 76,2 anos, ou seja, uma diferença de quase quatro anos a mais que em outras regiões em desenvolvimento, no período entre 2005 a 2010. Novamente, deve-se destacar que entre os países como o Chile e Bolívia (países vizinhos, inclusive), a diferença na expectativa de vida é de 79,2 e 66,8, respectivamente (ONU, 2011), o que representa uma diferença de 13 anos de vida. Ressalte-se que essa diferença aparece no interior de um mesmo país, a Colômbia, por exemplo, no que se refere à mortalidade de menores de 5 (cinco) anos, a quantidade de crianças mortas foi 11,3 vezes maior no quintil mais pobre, se comparado ao quintil mais rico (OPAS, 2012).

Com relação aos idosos, em 2006, a região possuía aproximadamente 100 milhões de velhos. A ONU (2011) estima que, em 2020, essa cifra seja duplicada e mais da metade dos velhos americanos vivam na América Latina e Caribe. A Organização das Nações Unidas, ainda, estima que 69% dos velhos que nascem na América do Norte e 50% dos que nascem na América Latina e Caribe tenham expectativa de vida superior a 80 anos (ONU, 2011).

Destaca-se que a história da humanidade vivencia, por um lado, o feito inédito, a possibilidade de encontro de quatro gerações simultaneamente e, por outro, a construção de um importante capital social (OPAS, 2012). Assim, percebe-se que a saúde pública alcançou grande sucesso nos últimos anos, mas deve-se

também observar que o envelhecimento acarreta o aumento de doenças crônicas e de deficiências.

Convém ainda mencionar que, um número significativo desses velhos, em especial, as mulheres, estarão em situação de pobreza, seja em decorrência da própria longevidade, seja em virtude de exclusão social. O Estado, diante do rápido envelhecimento da população, terá que modificar e incentivar a modificação de posturas, em relação à condição da pessoa idosa.

A sociedade precisa superar o esteriótipo que a pessoa idosa é um estorvo, uma carga extremamente pesada no que se refere ao custo de serviços sociais e de saúde. Essa mudança de paradigma começa com ações e investimentos bem definidos e planejados, ao longo da vida dos indivíduos. Ressalte-se que isso, até o presente momento, principalmente nos países de seguridade social frágil e sem financiamento, ainda está longe de acontecer.

Segundo a OPAS (2012), em 2010, a taxa de dependência total foi estimada em 53,3%, enquanto que para a América do Norte foi de 49%. Além disso, nesse mesmo período, a maior proporção de dependência na Região ocorreu entre as populações com menores rendas, o que num cenário pessimista poderia contribuir para perpetuar o ciclo da pobreza (CEPAL, 2010).

Em relação à taxa de mortalidade infantil, na América Latina e Caribe, no período entre 1990 e 2009, houve uma redução de 66% (de 42 para 14,8 por 1.000 nascidos vivos), mas deve-se destacar que esta média regional acaba escondendo diferenças que chegam a 50 pontos entre os diversos países. As menores taxas são encontradas em Cuba e Canadá (4,8 e 5,1, respectivamente), e as maiores são identificadas no Haiti e na Bolívia (57 e 50, respectivamente).

A razão da mortalidade materna foi reduzida na América Latina e Caribe. Entre 1990 e 2010, 43% e 30%, respectivamente. Essas cifras são menores que a redução média de 47% que se observou nos países em desenvolvimento, em nível mundial (OMS, 2012). Deve-se destacar que em 2008, na região da América Latina e Caribe, o quintil com menor escolaridade apresentou a maior parte das mortes maternas (mais de 35%), em relação ao quintil com maior escolaridade que apresentou menos 10% das mortes (CEPAL, 2008).

Percebe-se que a cobertura de planejamento familiar cresceu na América Latina e Caribe, alcançando 67% da população, embora persista uma diferença entre a oferta e a demanda de métodos anticoncepcionais, notadamente, em

populações marginalizadas e em adolescentes (BARRETO et al., 2012). Além disso, todos os anos, na região, ocorrem 1,2 milhão de gravidezes não planejadas, 49% delas entre adolescentes. A cobertura pré-natal não é baixa pois, em média as mulheres grávidas recebem entre quatro e cinco consultas (OPAS, 2010). No entanto, deve-se considerar que esses serviços não são necessariamente de boa qualidade, tendo por consequência uma das mais graves demonstrações de iniquidade na região.

Deve-se reconhecer que no cenário político da Região houve um imenso avanço no que se refere ao fortalecimento da democracia, por meio de constituições com garantia de processos eleitorais mais transparentes e participativos, assim como ocorreu a consolidação das liberdades públicas. Na contramão dessas conquistas, precisa-se observar que situações de violência associadas à delinquência e ao narcotráfico começam a colocar em risco alguns dos avanços conseguidos.

A crise financeira de 2008-2009 atingiu significativamente o sistema financeiro internacional, ameaçando a estabilidade econômica e social de todos os países da Região das Américas (OPAS, 2012). Em 2010, a América Latina e Caribe iniciou o processo de recuperação do crescimento econômico, com uma recuperação de 4,8% do Produto Interno Bruto (PIB), por habitante. Assim, no ano de 2012 foram atingidos os níveis mais baixos de pobreza (31,4%) e indigência (12,3%) dos últimos 20 anos. Ainda assim, a Região da América Latina e Caribe encerrou 2011 com 177 milhões de habitantes, em situação de pobreza, dos quais 70 milhões em condição de indigência. Nos Estados Unidos e Canadá registrou-se 15% e 11% da população abaixo da linha de pobreza, respectivamente (OPAS, 2012).

No cenário das condições sociais, entre 1980 e 2010, o Índice Regional de Desenvolvimento Humano chegou a 0,704, valor inferior aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (0,754), mas aproximando-se de 0,717, valor definido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como índice de alto desenvolvimento, com extraordinárias variações entre países e no interior destes. Para a OPAS (2012, p. 5),

O eixo da agenda social da Região continua sendo a luta contra a pobreza e as iniquidades dentro de uma realidade ambivalente. Por um lado, combina-se a rigidez estrutural, que reforça a reprodução intergeracional das iniquidades, associada a um escasso efeito redistributivo de riqueza, e o acesso não equitativo a emprego digno, a educação de qualidade, a

moradia salubre e a oferta similar de serviços de saúde para toda a população, entre outros marcadores relacionados à estratificação social. Mas, por outro, há avanços recentes que abrem novas possibilidades para seguir construindo sociedades mais justas e com um acesso mais equânime ao bem-estar. Em termos líquidos, na ALC em 2010 mais de 60 milhões de pessoas saíram da pobreza, denotando uma mudança de magnitude nunca registrada. De acordo com a CEPAL, em 2009, a ALC mantinha-se como a Região mais não equitativa com um coeficiente de Gini médio de 0,52 dos 18 países analisados, superior ao da África Subsaariana (0,44) e ao da Ásia Oriental e o Pacífico (0,41). Contudo, estudos recentes mostram que, em termos de distribuição da renda, a ALC deixou de ser a mais não equitativa do mundo e que o coeficiente de Gini reduziu-se de 0,56 em 2003 para 0,48 em 2008. Tal avanço parece ser explicado não somente pelas mudanças operadas nas maiores economias da ALC (Brasil e México), bem como em outras 11, das 17 economias analisadas. Esse fenômeno ocorre ao mesmo tempo em que se observa um aumento na desigualdade de renda nas outras regiões em desenvolvimento..

Observa-se que a Região das Américas alcançou melhorias no que se refere às condições sociais, principalmente, em virtude do aumento de rendas provenientes de trabalho, assim como do impacto das políticas de redistribuição de renda, implementadas por meio de programas de transferência condicionadas de dinheiro, mais progressivas e contínuas, para os setores mais vulneráveis (OPAS, 2012). No entanto, deve-se destacar que os sistemas de proteção social dos diferentes países da Região nem sempre são suficientemente inclusivos. Diversos sistemas apresentam lacunas que reproduzem a vulnerabilidade e a estratificação no acesso à proteção social e os benefícios do setor de saúde.

#### **5.4 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Região das Américas: um balanço após dez anos de consenso mundial**

Após dez anos de sua instituição, observa-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio inspiraram e continuam inspirando iniciativas de desenvolvimento e contribuindo para o estabelecimento de prioridades, no interior dos países, orientando a intervenção nas políticas dos Estados nacionais e conduzindo as diretrizes internacionais para o período posterior a 2015.

Tendo em vista o tempo exíguo para a finalização das metas traçadas pelos Objetivos, torna-se necessária a fixação, ao menos em linhas gerais, de perspectivas para o período posterior a 2015. Destaca-se como referência para verificação do andamento e do acompanhamento do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio o documento final da Reunião Plenária de Alto Nível da

Assembleia Geral da ONU, intitulado *Cumprir a Promessa: unidos para alcançar os ODM*.

Ressalte-se que desde seu processo de instituição, os ODM estão condicionados e alicerçados sobre políticas articuladas à promoção do crescimento econômico que buscam ser sustentáveis, inclusivas e equitativas, configuradas na instrumentalização de mecanismos capazes de acelerar o processo para erradicação da pobreza e para redução das desigualdades sociais.

Verifica-se que foram realizados progressos importantes na consecução dos ODM. Ressalte-se que tais progressos ocorreram em diferentes âmbitos e, principalmente, em decorrência do crescimento sustentável da renda *per capita* em alguns países em desenvolvimento. Deve-se, ainda, pôr em relevo que tais progressos estão articulados a iniciativas políticas destinadas a esferas fundamentais de combate à pobreza, notadamente, da ampliação de programas para a prestação de serviços (e outros recursos) diretamente àquelas pessoas mais vulneráveis.

Destaque-se, que os Estados nacionais, em geral, têm empreendido esforços para alcançar a meta de redução da pobreza. Nesse interim, deve-se ressaltar os sérios revezes econômicos ocorridos a partir de 2008 na economia mundial. Essas circunstâncias macroeconômicas exacerbaram a crise dos alimentos e da energia, aprofundando os obstáculos para a efetivação dos ODM.

A partir da análise do Informe Anual do Secretário Geral da ONU, de 2011, sobre o acompanhamento dos ODM, pode-se verificar que as Nações Unidas esperam que em 2015 a taxa mundial da pobreza no mundo seja inferior a 15% (quinze por cento). Esse percentual é extremamente significativo, mas está muito a baixo do previsto nos ODM, que foi estabelecido em 23% (vinte e três por cento) (ONU, 2011).

Cabe pôr em relevo que esta tendência global esconde a desigualdade de crescimento entre os diferentes estados nacionais. Na realidade, reflete, notadamente, o rápido crescimento e a acelerada redução da pobreza ocorridos em regiões específicas do mundo, como a região da Ásia Oriental, notadamente, a China (ONU, 2011).

Tais progressos são improváveis em países da África Subsaariana, da Ásia Ocidental e nos países da região de Cáucaso e Ásia Central. Dificilmente tais regiões conseguiram, no ritmo em que se encontram, reduzir ou mitigar a

porcentagem de pessoas com renda inferior a 1,25 (um, vírgula vinte e cinco) dólares por dia, antes de 2015. Cumpre observar que o número de pessoas que vivem na pobreza, em muitas partes do mundo, tem aumentado (ONU, 2011).

Levando-se em consideração apenas os ODM, diretamente relacionados à temática da saúde, pode-se constatar que a meta mundial relativa a redução da mortalidade infantil pode ser alcançada, mas, para isso torna-se fundamental a intensificação dos esforços em várias regiões, especialmente na Ásia Meridional, África Subsaariana e Oceania.

Segundo dados da ONU (2011), em todo o mundo, a quantidade de mortes de crianças menores de 5 (cinco) anos tem caído de 12,4 milhões em 1990 para 8,1 milhões em 2009. Isso significa que todos os dias morrem quase 12.000 crianças a menos. Entre 2000 e 2008, a combinação de uma melhor cobertura mediante vacinações e a oportunidade de receber uma segunda dose da vacina produziu uma queda de 78% nas mortes por sarampo, em todo o mundo. Essas mortes evitadas representam uma quarta parte do quantum da mortalidade total em crianças menores de 5 (cinco) anos. No entanto, deve-se ressaltar que as crianças dos lugares mais pobres continuam, desproporcionalmente, mais vulneráveis em todas as regiões do mundo, em desenvolvimento.

A prevalência da malária e o número de mortes causadas por essa doença têm diminuído, consideravelmente, na última década. Percebe-se que esses progressos se devem, principalmente, em virtude do aumento do financiamento dos Estados nacionais e internacionais, bem como do estabelecimento de políticas específicas dirigidas à luta contra a malária. Entre 2008 e 2010 foram distribuídos 290 milhões de mosquiteiros na África Subsaariana, ação que determinou a proteção de 76% dos 765 milhões de pessoas em situação de risco.

No que diz respeito às novas infecções por HIV e outras doenças transmissíveis, os dados das ONU (2011) demonstram que estão diminuindo de modo constante, principalmente na África subsaariana. Compreende-se que essa redução é fruto da maior disponibilidade de fundos e da expansão dos principais programas de prevenção e tratamento.

Consta-se que a quantidade de pessoas que receberam, entre 2004 e 2009, medicamento antirretroviral contra o HIV/AIDS se multiplicou por 13 (treze). Em consequência, a quantidade de mortes por AIDS diminuiu em 19% durante esse período. Desde 1995 se tem conseguido salvar, de acordo com os dados oficiais

(ONU, 2011), aproximadamente, 6 (seis) milhões de vidas, dentre outros fatores, graças a protocolos internacionais eficazes para o tratamento da tuberculose.

Outra questão emblemática para a melhoria da saúde da população mundial é o acesso à água potável. Em referência à disponibilidade de água potável percebe-se certo progresso no mundo, no entanto, o acesso às fontes de água potável ainda são extremamente desiguais nos distintos países e regiões. Deve-se considerar que, em muitas localidades do mundo, persistem problemas relacionados à qualidade da água, seja em razão da poluição das águas superficiais, seja em razão da contaminação das águas subterrâneas.

Deve-se ter em consideração, ainda, que a possibilidade dos habitantes das zonas rurais terem acesso à água potável é duas vezes mais difícil que aqueles habitantes das zonas urbanas. Percebe-se que enquanto não forem desenvolvidas políticas públicas destinadas a garantir o acesso das populações mundiciais à água limpa e potável dificilmente haverá uma melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos.

Além da temática da água potável, precisa-se abordar a questão da qualidade dos alimentos. Quanto à melhoria da nutrição entre as famílias mais pobres, em especial, da Ásia Meridional, segundo dados oficiais da ONU (2011), foi rara e, em certos casos, praticamente nula. Após algumas décadas de progresso, percebe-se que, nos últimos anos, o número de pessoas sem o mínimo necessário de nutrição aumentou bruscamente (ONU, 2011). Pode-se afirmar que esse fato deriva, entre outras circunstâncias, em virtude do aumento do preço dos alimentos, bem como do desemprego e das diferentes crises econômicas mundiais.

A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura estima que mais de 1.000 milhão de pessoas padeceram de fome, em 2009. Embora se perceba uma diminuição no número de pessoas em situação de fome, chegando a 925 milhões, em 2010, a quantidade de mortes famélicas continua muito acima da meta prevista nos ODM (ONU, 2011).

A falta de nutrientes, a chamada *fome oculta*, tem afetado aproximadamente 2.000 milhões de pessoas, em todo o mundo. As crianças das áreas rurais, das regiões em desenvolvimento, têm duas vezes mais possibilidade de terem peso inferior ao considerado normal que as crianças das áreas urbanas. Deve-se ressaltar que o desenvolvimento nutricional insuficiente antes dos 2 (dois) anos, entre outras consequências, condena as crianças a uma estatura baixa e, no

caso das meninas, a um maior risco de partos difíceis e maior probabilidade de mortalidade materna (ONU, 2011).

No entanto, as desigualdades são mais notáveis quanto ao acesso à atenção materna. A maioria das mortes maternas poderia ser evitada, contudo, a gravidez continua como um importante fator de risco para a saúde em muitos países, principalmente, entre as mulheres pobres, indígenas e as que vivem em zonas rurais. Na Região das Américas, notadamente, no México e no Panamá, por exemplo, o risco de mulheres indígenas morrerem durante o parto é três vezes maior que as demais populações femininas (ONU, 2011).

Observa-se que essa situação se deve, entre outros fatores, pela ausência de políticas públicas, pela falta e/ou limitação de recursos para melhorar a eficácia e a cobertura dos sistemas de atenção da saúde materna. Nos últimos anos tem ocorrido uma grave redução da assistência oficial para o desenvolvimento em relação à saúde reprodutiva (ONU, 2011). A consequência, entre outras, é que a falta de apoio à saúde reprodutiva acarreta maior gasto com a atenção materna e neonatal.

Deve-se, ainda, considerar que a questão do saneamento básico é crucial para a prevenção de diversas doenças evitáveis. Dados oficiais (ONU, 2011) relatam que mais de 2.600 milhões de pessoas carecem de acesso ao saneamento adequado. A cobertura é rara nas zonas rurais, onde somente uma terça parte da população utiliza saneamento. Ressalte-se, entretanto, que na Resolução 65/153 da Assembleia Geral da ONU, sobre *Saneamento sustentável: campanha quinquenal para 2015*, os Estados-Membros da Organização acordaram redobrar os esforços para elevar a prioridade pública à questão do saneamento básico nos diversos países integrantes.

Por fim, cumpre destacar a influência das crises econômicas mundiais como obstáculos para o êxito dos ODM.

A deterioração da situação econômica determinou consequências decisivas para a efetivação dos ODM. Os países em desenvolvimento sofreram uma desaceleração considerável no crescimento econômico, o que afetou frontalmente os recursos de investimento nos ODM. Embora se reconheça que muitas economias tenham registrado uma recuperação rápida, em muitos casos, no entanto, essa recuperação está assentada em solo menos seguro.



Deve-se, ainda, considerar que o aumento dos preços mundiais dos alimentos e dos combustíveis também tem afetado a maior parte da população mundial, especialmente os pobres e, notadamente, os países com uma margem orçamentária limitada e de proteção social insuficiente.

A ONU (2011) estima que aproximadamente 44 milhões de pessoas foram empurradas para abaixo da linha da pobreza devido, entre outros fatores, ao aumento dos preços dos alimentos (entre meados de 2010 e princípios de 2011). Deve-se destacar que o aumento dos preços dos alimentos conduz a população mais pobre a substituir os alimentos ricos em micronutriente (por conseguinte, mais caros) por alimentos basicamente farináceos, pobres em micronutrientes (por conseguinte, mais baratos).

Embora se reconheça que muitos países em desenvolvimento alcançaram determinadas metas dos ODM, não obstante tais progressos, o êxito das metas no prazo previsto requer progressos mais rápidos e eficientes.

Além disso, a partir dos elementos referenciados, observa-se que os progressos foram desiguais e, frequentemente, escassos quanto aos seus efeitos, pois dificilmente alcançaram as pessoas mais pobres e vulneráveis dos países mais pobres.

Percebe-se que o crescimento econômico ajudou os países em desenvolvimento a avançar em muitos âmbitos, mas, simultaneamente, agravou a desigualdade social. Observa-se, ainda, que as políticas e os investimentos não fomentaram de forma eficiente o avanço equilibrado das oito metas dos ODM (seja entre os países, seja no interior destes). Diante disso, precisa-se refletir sobre a atual estrutura de desenvolvimento e buscar uma nova forma de crescimento que seja mais estável, equitativa e inclusiva.

## **5.5 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Região das Américas:** exigência de um crescimento estável, equitativo e inclusivo

A partir da análise acima realizada, a efetivação dos ODM exige, entre outros elementos, um crescimento sustentável, inclusivo e equitativo. Tais fatores devem ser impulsionados, dentre outros fatores, por políticas de emprego, que garantam oportunidades a todas as pessoas, em particular, as mulheres, os jovens e os grupos mais desfavorecidos.

De acordo com dados oficiais (ONU, 2011), a China e outros países da Ásia Oriental, em particular, conseguiram reduzir a pobreza nas últimas décadas. e, em consonância com as projeções da ONU (2011), poderão sustentar um crescimento econômico firme e garantir que este seja de base ampla, durante períodos prolongados.

Deve-se destacar que esse crescimento foi apoiado em políticas que promoveram mudanças estruturais nesses Estados, caracterizadas por melhorias na produtividade agrícola, por investimentos (em grande escala) em infraestrutura e serviços rurais, por regulamentação de direitos sobre a terra para os pobres das zonas rurais, apoiado, ainda, pela industrialização interna e pela capacidade para participar no comércio mundial.

A ONU (2011) informa que a economia da China cresceu a um ritmo de quase 10% ao ano, nas décadas posteriores às reformas agrárias de 1978. Assim mesmo, o crescimento se viu impulsionado por políticas industriais fortes e apoiado no desenvolvimento, na inovação e na divulgação de tecnologias.

Vietnã e várias outras economias de Ásia Oriental, também, têm alcançado reduções extraordinárias da pobreza, segundo a ONU (2011). Anteriormente, o Japão e a República Coreana alcançaram, segundo alguns especialistas, um crescimento rápido e sustentável, bem como a redução da pobreza, tendo por base estratégias amplas de desenvolvimento. Observa-se, ainda, que o crescimento sustentável também tem possibilitado os investimentos necessários para o êxito dos ODM (ONU, 2011).

A partir do pressuposto de que a universalidade de direitos configura-se na igualdade de condições e tratamento e, dos exemplos acima referenciados, entende-se que o êxito dos ODM depende da política de crescimento econômico adotada pelos diferentes Estados. Entende-se, assim, que o crescimento econômico mais adequado para o alcance dos ODM deve ser sustentável, baseado na distribuição/redistribuição de renda e na distribuição equitativa de oportunidades.

Na experiência da Ásia Oriental (ONU, 2011), uma distribuição equitativa do capital físico e humano subsidiou a base de um crescimento econômico compartilhado mais amplo. As reformas agrárias foram fundamentais para o êxito de uma distribuição mais equitativa da terra e das oportunidades de produção agrícola, assim como, deram início a decolagem da economia de muitos países da região.

Ressalte-se, ainda, que a educação universal e os sistemas de atenção da saúde contribuíram decisivamente para melhoria do desenvolvimento humano na região da Ásia Oriental. Assim, constata-se que um crescimento econômico mais equitativo é condição imprescindível para êxito dos ODM, notadamente, aqueles relacionados com a educação e com a saúde. Essas experiências exitosas podem servir de base para a confecção das políticas e ações na Região das Américas.

Assim, a qualidade de vida das pessoas está articulada à renda familiar. Observa-se, a partir dos dados oficiais (ONU, 2011) que, em alguns países, os governos têm reduzido a desigualdade, por meio de políticas de proteção social, com programas de transferência de renda e com regimes de pensões subvencionadas.

Esses programas e ações garantiram certa proteção, principalmente, aos mais vulneráveis, mediante políticas de (re)distribuição de renda ou de rendas temporárias durante períodos de contração da economia, assim como a criação de incentivos aos países que garantissem a matrícula e a permanência de seus filhos na escola e que adotassem medidas de cuidado da saúde, também representaram respostas positivas para um sólido desenvolvimento social. Mas, deve-se considerar que, mesmo diante de tais conquistas, a questão da desigualdade é tratada, em muitos Estados, de forma secundária ou marginal.

Consta demarcar que os diferentes contextos nacionais e as diversas condições iniciais de desenvolvimento, assim como as experiências pretéritas sugerem distintos caminhos para superar os obstáculos ao crescimento e o desenvolvimento sustentável.

Entende-se que o que há de comum são as metas almejadas, mas a instrumentalização e os processos para alcançá-las dependem da história, do perfil social, do grau de autodeterminação e da cultura de cada povo. Não existem fórmulas prontas. Existem experiências exitosas e fracassadas, que podem servir de base para configurações de políticas e planos de ação.

Constatou-se que os países que obtiveram maior êxito quanto ao alcance dos ODM, não somente seguiram estratégias para superar desigualdades, como também garantiram um considerável grau de coerência entre as políticas econômicas, sociais e ambientais na perspectiva de mitigação e/ou erradicação da pobreza.

Assim, as estratégias nacionais de desenvolvimento devem manter a coerência com as políticas adotadas e alicerçadas nos princípios da igualdade e universalidade, bem como ter fundamento nas condições nacionais e na identidade do povo. A ONU (2011) destaca alguns elementos fundamentais para o crescimento sustentável e inclusivo e para as estratégias de desenvolvimento, quais sejam: marco macroeconômico orientado ao desenvolvimento; adoção e difusão de tecnologias ecológicas e estratégias nacionais sustentáveis de gestão de recursos; políticas sociais coerentes e inclusivas, proteção aos direitos humanos e garantia da boa governança.

As políticas macroeconômicas devem apoiar o crescimento e a criação de emprego produtivo. A crise econômica mundial recente e as flutuações dos mercados financeiros e de produtos básicos mundiais criaram sérios desafios da política macroeconômica aos países em desenvolvimento. Também colocou em relevo a importância decisiva da utilização, permanentemente, de indicadores de política macroeconômica anticíclicos para reduzir ao mínimo os efeitos adversos de um entorno econômico extremamente instável (ONU, 2011).

Para a ONU (2011) os fundos de estabilização de produtos básicos poderiam ser úteis para os países exportadores desses produtos, a fim de evitar as repercussões da instabilidade dos preços dos mercados mundiais. Entende-se que em países com contas de capital aberto, a aplicação de políticas monetárias anticíclicas tornou-se cada vez mais difícil, no entanto, entende-se ser possível a recuperação de certo controle por meio de medidas que regulamentem melhor os fluxos de capital e o setor financeiro interno.

Assim, compreende-se que a garantia do crescimento econômico estável é elemento necessário para os países, mas não suficiente para o desenvolvimento inclusivo. Para isso, são exigidas políticas anticíclicas articuladas a decisões sobre a alocação de recursos que garantam o apoio, em longo prazo, para investimentos em infraestrutura, que promovam uma mudança estrutural na dinâmica capital/trabalho e que permitam a geração de emprego, entre outras coisas, mediante políticas de desenvolvimento agrícola e industrial.

Observa-se, ainda, que o crescimento inclusivo acompanhado de uma abundante criação de emprego contribuirá para diminuição das tensões sociais que, do contrário, podem ameaçar a estabilidade política e social.

Entende-se que, especialmente nos países de rendas baixa e média, deve ser priorizado o desenvolvimento agrícola e rural, como condição para o êxito do crescimento inclusivo.

Nesse diapasão, as opções de políticas coerentes para eliminar as limitações ao desenvolvimento agrícola e rural mais rápido, entre outras coisas, devem assegurar o seguro a terra, direitos à água, a ampliação dos serviços financeiros e transparência, a melhoria da infraestrutura (transporte, armazenamento, sistema de risco e abastecimento de água, e subsídio de eletricidade) e os mercados agrícolas.

Também é necessário instituir mecanismos para a diminuição dos riscos (como seguros agrários contra ao mal tempo) e maiores capacidades entre os agricultores em pequena escala para a gestão do risco, bem como, prestar atenção especial a melhoria das condições de produção dos trabalhadores agrícolas e mecanismos geradores de benefícios econômicos e sociais complementares.

Integrar as políticas agrícolas e de meio ambiente às políticas de desenvolvimento rural torna-se imprescindível. Deve-se, ainda, garantir mais ampla proteção das florestas e outros ecossistemas, ou seja, os países em desenvolvimento devem encontrar novas formas de garantir a gestão sustentável do meio ambiente, com crescimento econômico e com progresso social.

A redução ao mínimo da degradação de terras, a recuperação das zonas degradadas e a otimização do uso de terras são fundamentais para a ordenação sustentada da terra.

Deve-se promover a capacidade produtiva dos pequenos agricultores com incorporação de tecnologias ecologicamente sustentadas, com capacidade de recuperação dos efeitos de mudança climática e com uma melhor ordenação dos recursos naturais.

Os governos e as redes internacionais de intercâmbio de conhecimento devem facilitar a divulgação, adaptação e adoção generalizada de tecnologias e inovações para aumentar a produtividade, a rentabilidade e a potencial mitigação dos efeitos da mudança climática nos sistemas de produção rural, podem consolidar-se as inovações de fomento da produtividade localizadas que tiveram êxito.

Percebe-se que o desafio das políticas públicas consiste em distinguir, apoiar e adaptar o aumento de tecnologias e inovações nas localidades agrícolas,

especialmente nos países e nas regiões mais pobres, que ainda lutam pela segurança alimentar. As condições agroecológicas variam amplamente entre as distintas regiões, o que supõem que as tecnologias e práticas agrícolas devem adaptar-se às condições locais.

Existem numerosas possibilidades tecnológicas e práticas sustentáveis em matéria de agricultura que oferecem opções para alcançar uma mudança profunda para o êxito da segurança alimentar. Estas incluem os conhecimentos tradicionais e as práticas agrícolas como o baixo nível da lavoura, a rotação de plantio, o plantio intercalado, a utilização de abono verde, a recuperação da água e os cultivos que utilizam melhor a água.

Além disso, deve ser incentivada a criação de novas variedades de cultivos alimentares de alto rendimento e resistentes às pragas e às doenças que utilizam racionalmente a água e utilizam pouco fertilizantes ou praguicidas químicos, ou mesmo não utilizem nenhum (ONU, 2011).

As políticas sociais amplas são fundamentais para o êxito dos ODM, e necessárias para o crescimento sustentável, equitativo e inclusivo. As experiências nacionais exitosas mostram que a prestação universal de serviços básicos, sobre a base de direitos legítimos requer a participação governamental ativa para a prestação direta de serviços públicos, bem como o financiamento e a regulação da prestação desses serviços pela iniciativa privada.

Os órgãos públicos devem dedicar atenção especial à prestação de serviços públicos adequados nas zonas rurais e em outras zonas desfavorecidas, assim como devem adotar medidas que facilitem o acesso dos grupos marginalizados e pobres aos serviços públicos essenciais.

Os programas sociais destinados a setores concretos, como alimentação escolar, livros básicos gratuitos e medicamentos subvencionados, podem contribuir para melhorar os resultados na área da educação e da saúde. Por outra parte, os programas de transferência de renda tendem a impulsionar o acesso às necessidades básicas, especialmente, quando são executados sobre uma base sustentável e previsível.

Deve-se ressaltar que os programas de seguro social baseados na solidariedade podem contribuir para fomentar a coesão social e o estabelecimento de coalizões. Uma maior cobertura de planos oficiais de seguro social pode contribuir decisivamente para o êxito de vários dos ODM e da Agenda da Saúde.

Planos de seguro social articulados à estrutura da economia podem instrumentalizar-se por medidas que ampliem a cobertura, unifiquem as normas e os planos (de modo que os riscos sejam compartilhados entre um grupo mais numeroso e diversificado de cidadãos) e afinem o elemento da solidariedade e da redistribuição de renda (por exemplo, uma pensão mínima garantida para todos os cidadãos).

Desse modo, segundo a ONU (2011), os países alcançam não somente a ampliação da cobertura, como também, harmonizam e unificam os sistemas fragmentados, reduzindo os custos e aumentando a equidade, para a ONU, e integração social. Os principais desafios de uma política equitativa incluem zelar pelas políticas de seguridade social para proteger aos trabalhadores migratórios e as pessoas que padecem do HIV/AIDS (ONU, 2011).

Por fim, entende-se que a aplicação de um marco de direitos humanos contribui decisivamente ao êxito dos ODM e da Agenda da Saúde por todos os cidadãos. No documento final da Reunião Plenária de Alto Nível da Assembleia sobre os ODM, em 2010, os Estados Membros reafirmaram que “[...] el respeto, la promoción y la protección de los derechos humanos es una parte esencial de la labor efectiva para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.” (ONU, 2011, p. 15).

Assim, um marco de direitos humanos enriquece a execução de políticas facilitando a participação eficaz de todos os interessados na adoção de decisões e melhorando a prestação de contas e a governança nos Estados. Os progressos para o êxito dos ODM podem ser concretizados com a institucionalização de direitos humanos para que os cidadãos possam organizar e participar das decisões públicas e da fiscalização dos resultados (ONU, 2011).

A boa governança e a manutenção do Estado de direito, em níveis nacional e internacional também são indispensáveis. Na resolução A/65/1 da Assembleia Geral da ONU ficou reconhecido também a importância da transparência e da prestação de contas. Os Estados-Membros se comprometeram a frear as correntes financeiras e a garantir transparência dessas informações (ONU, 2011).

A ONU incentivou os Estados Membros a estudarem a possibilidade de ratificar e aplicar a Convenção das Nações Unidas contra a Corrupção. Entendeu que é fundamental o fortalecimento das atividades nacionais e multilaterais para

abordar essa questão, o que implica prestar apoio e assistência técnica aos países em desenvolvimento para aumentar sua capacidade de transparência e fiscalização.

Segundo a ONU (2011), as correntes financeiras com fins de evasão impositiva, com frequência, utilizam os mesmos canais que as rendas derivadas das drogas e o financiamento do terrorismo, que já são objeto da vigilância e proibição. Os países devem cooperar e prestar assistência mútua para a arrecadação de impostos que contribuam para mobilizar os recursos necessários para financiar as estratégias de desenvolvimento inclusivo.

### **5.6 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** o estabelecimento de uma aliança mundial para o desenvolvimento

O programa dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio promete uma aliança mundial para o desenvolvimento (Oitavo ODM). Na Reunião Plenária de Alto Nível da Assembleia Geral, sobre os ODM, celebrada em 2010, os Chefes de Estado e de Governo examinaram os progressos alcançados, prestando especial atenção aos problemas experimentados, em muitos países, devido a crise econômica mundial de 2008-2009 e os repetidos aumentos do preço dos alimentos e da energia. Assim, entenderam os representantes que o cumprimento dos compromissos assumidos passa pelo aumento da Ajuda ao Desenvolvimento; passa pela busca de um sistema de comércio mundial mais justo, pelo alívio da dívida dos países pobres; pela garantia de acesso aos medicamentos essenciais e a novas tecnologias (ONU, 2011).

Segundo dados oficiais da ONU (2011) a Ajuda ao Desenvolvimento chegou a cifra de 129.000 milhões de dólares, índice sem precedentes na história. No entanto, a ONU reconhece (2011) que este valor não é suficiente para cumprir os compromissos assumidos. Em 2010, a assistência foi 21.000 milhões de dólares menor do que deveria ter sido, tendo em vista as promessas feitas na Cúpula do Grupo dos Oito celebrada em Gleneagles.

O Grupo de Tarefas sobre o Atraso no Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, criado pelo Secretário Geral da ONU, sugeriu formas de prestação mais eficazes da Ajuda ao Desenvolvimento. Entre outras, a celebração de compromissos multianuais de assistência programada, de uma



maneira plenamente harmonizada com as estratégias de desenvolvimento para o crescimento inclusivo (ONU, 2011).

Segundo análise de especialistas oficiais (ONU, 2011), o não cumprimento da Rodada de Doha para o desenvolvimento é uma das maiores lacunas no que diz respeito à construção de um sistema comercial mais justo. Diante disso, torna-se fundamental que as negociações sejam estruturadas para além do estabelecido atualmente.

Mesmo inconclusa, a Rodada de Doha tem grande importância como um sistema normativo comercial multilateral, principalmente durante crises econômicas mundiais. Nesses períodos difíceis, a adoção de medidas protecionistas pelos governos nacionais torna-se uma prática rotineira e acabam violando as normas conveniadas.

As medidas protecionistas, implantadas depois da crise econômica, afetam, especialmente, as exportações dos países menos desenvolvidos. Uma das mais graves consequências da não finalização da Rodada de Doha com a celeridade necessária é o comprometimento do sucesso dos ODM.

A partir da análise dos documentos recentes da Organização Mundial do Comércio (OMC) depreende-se que os membros estão empenhados em finalizar a Rodada de Doha, bem como, percebe-se a construção de um acordo no sentido de que seja desenhado um novo enfoque que ultrapasse o atual.

Uma ideia cada vez mais frequente é a de uma “cosecha temprada” de determinadas questões, centrada nas necessidades concretas dos países menos desenvolvidos. A oitava Conferência Ministerial da OMC, celebrada em dezembro de 2011, discutiu um conjunto de medidas que deveria incluir progressos em relação ao acesso dos países desenvolvidos aos mercados livres de direitos e de contingentes. Contudo, para que os países em desenvolvimento possam beneficiar-se de um maior acesso aos mercados, a iniciativa de ajuda para o comércio também deveria prestar assistência aos países para fortalecer suas capacidades produtivas e comerciais, a fim de alcançar o crescimento inclusivo.

Em vista do persistente aumento dos preços dos alimentos e da insegurança alimentar, deve-se priorizar o apoio para o aumento da produtividade, das rendas e do acesso estável aos mercados pelos agricultores nos países em desenvolvimento, mediante à redução acelerada dos subsídios agrícolas e das exportações dos produtos agrícolas nos países desenvolvidos (ONU, 2011).

A melhoria das modalidades de reestruturação e alívio da dívida são fundamentais para apoiar as iniciativas de desenvolvimento em países que sofrem dificuldades em matéria de dívida. Graças à recuperação mundial, a carga da dívida externa dos países em desenvolvimento como um todo caiu de 22% do PIB em 2010 em relação a 24% do ano anterior. O importante alívio da dívida dos países de baixa renda em virtude da iniciativa a favor dos Países Pobres Muito Endividados e da Iniciativa para o Alívio da Dívida Multilateral (IADM), permitiu reduzir, consideravelmente, sua carga da dívida.

São exigidas estratégias de gestão de dívida em escala nacional. Contudo, a instabilidade dos mercados mundiais pode mudar rapidamente a perspectiva da sustentabilidade da dívida. Para evitar que as dificuldades em matéria de dívida se convertam em um obstáculo ao desenvolvimento, devem ser melhorados os marcos para o alívio da dívida e os processos de reestruturação dos Estados nacionais.

No âmbito diretamente relacionado à saúde, percebe-se que as relações comerciais internacionais interferem diretamente na produção e comercialização de medicamentos. É necessário realizar maiores esforços para promover o uso de medicamentos genéricos de qualidade garantida e de baixo custo ou sem custo algum para os pobres. Atualmente, o acesso a medicamentos essenciais continua precário, com apenas 42% de disponibilidade nos centros públicos de saúde (ONU, 2011).

A disponibilidade limitada de medicamentos genéricos no setor público obriga os pacientes adquiri-los da iniciativa privada que também possui disponibilidade limitada (64%), e quando esses medicamentos são disponíveis, o custo é extremamente elevado (ONU, 2011).

Os preços médios nos países em desenvolvimento eram, em média, 2,7 vezes mais altos no setor público que os preços de referência internacionais e 1,6 vezes mais altos no setor privado, apesar das distintas iniciativas internacionais para financiar medicamentos a custo mais baixo (ONU, 2011).

Por conseguinte, uma proporção considerável da população, em muitos países de baixa e média rendas, arcam com um alto custo de saúde devido ao elevado valor dos medicamentos, especialmente quando se utilizam produtos de marca patenteadas.

Faz-se necessário facilitar e aumentar, por meio de instrumentos mundiais, o acesso a medicamentos de baixo custo para os pobres. Deve-se estimular a indústria farmacêutica local, em países em desenvolvimento, por meio da transferência tecnológica e da cooperação Sul-Sul. É imprescindível promover uma maior consciência e disseminar a flexibilidade prevista no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados como o Comércio, em relação com a saúde pública.

Somado a tudo isso, deve-se promover uma maior disponibilidade de informação sobre patentes para facilitar seu uso e iniciativas como o Banco de Patentes de Medicamentos, estimulando a inovação e incrementando a produção de medicamentos mais acessível (ONU, 2011).

Diante de todas essas questões apresentadas, deve-se ampliar o quadro dos ODM, para incluir, entre outros elementos, o acesso a tecnologias, promotoras do desenvolvimento sustentável. A criação de tecnologias pertinentes nos países em desenvolvimento e a transferência de tecnologia avançada de economias desenvolvidas são indispensáveis para o desenvolvimento dos países pobres, em longo prazo.

Percebe-se que diversos progressos foram alcançados quanto ao intercâmbio mundial de Tecnologia da Informação e das Comunicações (TIC) e de tecnologias para abordar a questão da mudança climática e para fazer frente a seus efeitos, incluídas as tecnologias para reduzir o risco de desastres.

O acesso às Tecnologias da Informação e das Comunicações (TIC) têm aumentado em escala mundial; nos países em desenvolvimento, o aumento do acesso à telefonia celular foi especialmente rápido, ou seja, entre 2009 e 2010 cresceu 17%, o que equivale a 68% da população (ONU, 2011).

Também se observa o crescimento do uso da Internet, embora se perceba que há atrasos, especialmente, nos países menos desenvolvidos. Acrescente-se que esse atraso se deve, em parte porque os serviços das TIC, ainda, são excessivamente caros para a maioria da população desses países.

Em outro âmbito, a urgência em responder a mudança climática e a crescente insegurança alimentar também suscitaram preocupações acerca das condições para acelerar a transferência de tecnologia. Essa transferência permite mitigar a mudança climática e a adaptação de seus efeitos, assim como incrementa

a produtividade agrícola e melhora o acesso aos mercados pelos pequenos produtores rurais.

Deve-se, ainda, destacar que o novo Mecanismo de Tecnologia do Clima, que começou a funcionar em 2012 constitui um ponto de partida para uma cooperação tecnológica internacional mais ampla.

Outro elemento fundamental é a articulação do avanço tecnológico com a proteção do meio ambiente. Entende-se que o financiamento é o principal obstáculo para o desenvolvimento e a adaptação das tecnologias ecológicas. Por conseguinte, para que o Mecanismo de Tecnologia do Clima funcione, será igualmente importante velar pelo cumprimento oportuno dos compromissos internacionais de financiamento destinado para o clima (ONU, 2011).

Os objetivos relativos ao desenvolvimento sustentável devem ocupar um lugar central. Não se pode esperar o êxito de todos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio antes de 2015, mas para que sejam alcançados, ainda que depois do previsto, será necessário antigir níveis mais elevados de desenvolvimento sustentáveis após 2015.

Percebe-se que o mundo mudou muito desde o ano 2000. A crise financeira e econômica recente expôs a completa interdependência da economia mundial e as deficiências da governança econômica internacional para alcançar um meio propício para o desenvolvimento e a estabilidade financeira-econômica.

Mesmo os países bem administrados foram afetados de forma adversa pelos acontecimentos e decisões alheios a seu controle. Faz-se necessário que os governos formem grupos oficiais em âmbito mundial e regional, bem como fóruns especiais de trabalho, para impulsionar a cooperação.

As novas potências econômicas entre os países em desenvolvimento, têm adquirido maior proeminência, não somente impulsionando a recuperação da recessão mundial, assim como se convertendo em protagonistas da governança econômica internacional. A cooperação entre os povos para o desenvolvimento representa o instrumento dotado de competência para as condições de possibilidade para um desenvolvimento econômico equitativo e inclusivo.

As crises recentes dos alimentos e da energia têm posto tanto mudanças estruturais na oferta e demanda como um aumento da *financeirização* dos mercados de produtos básicos. O mundo precisa atuar de forma mais consciente em relação às crescentes limitações ambientais e aos pressupostos de um desenvolvimento

econômico e social mais igualitário, sob pena de aumentar o abismo das desigualdades e derivar a intolerância entre os povos e indivíduos. Para a ONU (2011), esses desafios poderiam ser superados se se pusesse em prática os seis valores fundamentais da Declaração do Milênio anteriormente citados.

Diante disso, observa-se que o programa dos ODM não prestou atenção suficiente a alguns valores e objetivos fundamentais da Declaração do Milênio, especialmente, no que se refere a abordar as questões de desigualdades (*igualdade*), da garantia da sustentabilidade do meio ambiente, da segurança alimentar e nutricional e do acesso sustentável da energia (*respeitando a natureza*), bem como deixou de abordar as pressões demográficas (*solidariedade*), os direitos humanos, a boa governança (liberdade e tolerância), a garantia da paz, a segurança e o desenvolvimento mundial sustentável (responsabilidade comum) (ONU, 2011). Veja-se que diversas temáticas fundamentais não foram priorizadas nos ODM.

No entanto, reduzir a desigualdade em matéria de gênero, lugar de residência, grupo étnico ou de renda deve ser objetivo central de todo programa de desenvolvimento inclusivo. O programa de desenvolvimento, após 2015, deve levar em conta mecanismos eficazes para reduzir a desigualdade de renda, de oportunidades e garantir o êxito em todas as dimensões do desenvolvimento humano, fomentar políticas dirigidas especificamente a abordar os elementos de inclusão das pessoas com deficiências.

O programa de desenvolvimento, após 2015, deve facilitar o crescimento econômico de forma célere e equilibrada, especialmente em países de baixa renda. No entanto, deve-se reconhecer que o crescimento econômico não é suficiente para fazer frente aos desafios de países em desenvolvimento com grande número de pessoas que vivem na pobreza (ONU, 2011).

Abordar os problemas da mudança climática, da degradação ambiental e a desertificação é fundamental para garantir que a redução da pobreza e a melhora do desenvolvimento humano sejam sustentáveis, em longo prazo. Fazer frente a esses problemas ambientais mediante uma globalização mais ecológica e justa talvez deva constituir-se na preocupação geral do novo programa para o desenvolvimento. Assim, esse novo programa deve garantir que as dimensões econômicas, sociais e ambientais do desenvolvimento sustentável sejam abordadas de maneira integral, equilibrada e coerente. Verifica-se que alguns países já adotaram estratégias para a mitigação da mudança climática e a mitigação de seus

efeitos. Nessas estratégias devem ser incluídas melhorias nos mecanismos para redução das consequências de desastres naturais, bem como de proteção e reparação ambiental.

Além disso, as medidas previstas devem ser ampliadas quantitativa e qualitativamente para acompanhar as metas mundiais, objetivando evitar os riscos potencialmente catastróficos. A adaptação a mudança climática e as medidas de diminuição de seus efeitos podem e devem ter por objeto a criação de múltiplos benefícios, entre outros, a segurança alimentar, a redução da pobreza e a sustentabilidade do meio ambiente (ONU, 2011).

A falta de acesso à energia dificulta o desenvolvimento humano, social e econômico e constitui um obstáculo importante ao êxito dos ODM, uma vez que os serviços de energia têm um profundo efeito na produtividade, saúde, educação, mudança climática, segurança alimentar e hídrica e nos serviços de comunicação.

Dados da ONU (2011) indicam que 1.400 milhões de pessoas carecem de acesso às fontes modernas de energia e, em torno de 3.000 milhões de pessoas no mundo dependem da *biomassa tradicional* e do carbono como as principais fontes de energia. Como medida para reverter essa situação, a ONU desenvolveu uma iniciativa denominada *Energia Sustentável para Todos*. Esse programa tem por objeto alcançar três metas principais antes de 2030 (ONU, 2011): a) garantir o acesso universal aos modernos serviços de energia; b) reduzir a intensidade energética mundial em 40%; c) elevar em 30% o uso da energia renovável em nível mundial. Além disso, a Assembleia Geral da ONU proclamou o ano de 2012 de *Ano Internacional da Energia Sustentável para Todos*, e isso é bastante significativo.

Outra questão imprescindível para o programa de desenvolvimento após 2015 diz respeito à crise de alimentos. Devido às visíveis deficiências do desenvolvimento agrícola e rural, verifica-se que os Estados não têm podido satisfazer a crescente demanda de alimentos dos últimos anos, em todo o mundo. Em razão disso, a oferta de alimentos está sujeita, cada vez, em maior grau, aos efeitos prejudiciais das crises ambientais e climáticas.

Entende-se que, na medida em que se tem de alimentar uma crescente população mundial, a produção de alimentos deveria aumentar em uma taxa de 70%, considerados os níveis atuais, antes de 2050. Nos países em desenvolvimento a produção deveria ser duplicada. Um maior acesso à terra, a infraestrutura agrícola, a insumos e a instrumentos de gestão de risco são indispensáveis para incrementar

a produção de alimentos e melhorar a resiliência e capacidade produtiva, especialmente dos pequenos agricultores (ONU, 2011). Isso também ajudaria a acelerar a redução da pobreza e a criação de trabalho digno, condições imprescindíveis para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. No entanto, são necessárias iniciativas especiais para melhorar o desenvolvimento e possibilitar introdução de tecnologias apropriadas para a agricultura sustentável, a fim de evitar que uma maior produção de alimentos exponha o meio ambiente mundial para além de limites suportáveis (ONU, 2011).

Outra questão importante diz respeito ao crescimento populacional, questão que interfere decisivamente na temática da saúde. As pressões demográficas continuam obstaculizando distintos aspectos do desenvolvimento. Os países com taxas de crescimento demográfico elevadas apresentam uma população de crianças e jovens em rápido e, com frequência, enfrentam uma demanda insustentável de serviços públicos, assim como, pressões na área do mercado de trabalho.

Por outro lado, os países com taxas de fecundidade em diminuição e longevidade crescente têm aumento aceleradamente da população de idosos, o que desencadeia consideráveis consequências para a sustentação do crescimento econômico. Em consequência, esses países enfrentam sérios e complexos problemas na manutenção da viabilidade dos regimes de pensões e para a garantia das condições de vida digna para as pessoas idosas.

Ainda sobre questões populacionais deve-se destacar o aumento da migração internacional em virtude de catástrofe naturais e os conflitos políticos. Esses deslocamentos exigem novos mecanismos de proteção dos direitos humanos e das modalidades de desenvolvimento.

No âmbito das cidades, a melhoria da saúde passa pela solução dos problemas da falta de planejamento urbano, a que a rápida urbanização apresenta seus próprios desafios, que também afetam outras questões econômicas e sociais. Ademais, a falta de incremento ao desenvolvimento e o desemprego, assim como o emprego informal, também, representam importantes desafios para a melhoria da saúde nos Estados nacionais (ONU, 2011).

A questão dos direitos humanos é temática intrinsecamente vinculada à saúde. A proteção e promoção dos direitos humanos abarcam todas essas questões levantadas anteriormente e, por conseguinte, são elementos

centrais, inseridos nos princípios e valores fundamentais da Declaração do Milênio, quais sejam: a) as liberdades individuais e o governo democrático e participativo; b) a igualdade entre as nações e as pessoas; c) a solidariedade para abordar os problemas mundiais embasado na equidade e na justiça social; d) a tolerância da diversidade de crenças, culturas e idiomas; e) o respeito à natureza para o desenvolvimento sustentável; f) a responsabilidade comum da gestão do desenvolvimento econômico e social no mundo (ONU, 2011, p. 19).

Nesse contexto, o debate sobre a agenda posterior a 2015 deve orientar a concentração de energia/esforços para a efetiva realização dos direitos humanos, pois estes estão vinculados às condições econômicas e sociais prévias para o desenvolvimento, seja mediante políticas e leis relativas ao trabalho, seja por meio de medidas de proteção às minorias e aos grupos mais vulneráveis da população.

Deve-se garantir prevalência ao valor instrumental dos princípios de igualdade, da não discriminação, da participação popular e da redução de gastos públicos, elementos necessários à estruturação de uma governança interna mais eficaz. Deve-se, ainda, buscar mecanismos de fortalecimento e redefinição do oitavo Objetivo do Milênio. Entende-se que somente com a construção de uma aliança mundial para o desenvolvimento será possível realizar a agenda internacional da saúde (ONU, 2011).

Por fim, destaca que a questão da insegurança que se converteu em um dos principais desafios do desenvolvimento da atualidade. Cerca de 1,5 milhão de pessoas vivem em zonas afetadas por fragilidade, por conflito ou por violência de organizações criminosas em grande escala. Além disso, a delinquência organizada transnacional e as redes mundiais de tráfico de pessoas têm uma repercussão importante no estado de direito, no desenvolvimento, nos negócios, nas finanças e na segurança humana.

Entre as causas do aumento da violência, pode-se destacar as crescentes desigualdades, as controvérsias relativas aos recursos naturais e as expectativas não atingidas pelos jovens, converteram-se em importantes fontes de conflitos em muitos países.

Assim, um processo de desenvolvimento passa essencialmente pela adoção de um programa integrado que ponha em relevo a interconexão entre a segurança, a governança e o desenvolvimento, como condição necessária à



abordagem eficaz dos problemas interrelacionados no quadro do desenvolvimento posterior a 2015.

Deve-se considerar que os ODM representam uma oportunidade sem precedentes para promover ações e investimentos na saúde, em todos os níveis de intervenção (local, nacional, regional e mundial). No entanto, a tendência indica que, nos próximos anos, o volume de recursos para o financiamento de políticas sanitárias diminuirá, principalmente, nos países de renda média; notadamente a maioria dos beneficiários da América Latina e Caribe.

Assim, na etapa pós-2015 e com perspectivas para 2030, entende-se a necessidade da formulação de um novo conjunto de objetivos que conciliem (observando a heterogeneidade de cada país e região, bem como respeitando as diferenças entre os grupos sociais) metas normativas sob os princípios de universalidade e equidade.

Entende-se que chegou o momento, na seara da saúde, de se promover a priorização do fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços de saúde com uma visão mais integralizada, ao invés do investimento em ações verticais direcionadas a doenças específicas.

Compreende-se que a saúde é um bem público global, por isso, transversal e circunscrita em diversas culturas, Estados, governos, disciplinas, territórios, períodos e mercados.

Percebe-se que a busca pela saúde representa o melhor elemento de configuração de um destino comum da humanidade e, possivelmente, o único com condições de demover as tradicionais resistências ao internacionalismo normativo.

Enquanto a doença e a contaminação não estiverem submetidas a formalidades aduaneiras, a cooperação internacional é conduzida por uma imensa teia burocrática e nacionalista que dificulta ou enterra possibilidades, ou melhor, estrutura-se num conjunto de deliberações e diretrizes que dificilmente poderão, efetivamente, representar os interesses dos Estados em desenvolvimento, tendo em vista que estes não possuem poder de deliberação ou decisão nos fóruns internacionais.

Como os ODM, a Agenda da Saúde para as Américas 2008-2017 são textos político-normativos extremamente complexos, densos e, não raro, desarticulados das realidades locais e nacionais, sobrepostas, muitas vezes, pelos interesses dos países ricos.

Essa configuração corre o risco de ocasionar desarticulação de diretrizes e iniciativas, o que acarreta a redundância ou a desestruturação entre projetos possivelmente conexos, o desperdício de recursos (humanos e financeiros), e a dispersão de objetivos quando da transposição imprecisa de decisões dos organismos internacionais às esferas nacionais e locais.

Tem se observado que a temática da saúde está em expansão, exatamente pela percepção de que esta é um elemento decisivo na construção de um desenvolvimento sustentável e no combate à pobreza, bem como um item fundamental para uma governança mais eficaz e segura em âmbito mundial.

Observa-se que, cada vez mais, a saúde torna-se instrumento estratégico para as relações diplomáticas e com alto grau de interdependência em relação a questões como tecnologia, ciência, economia e comércio. A expansão da saúde ocasionou, por conseguinte, o aumento dos atores e agendas políticas e sociais, que por um lado, criou condições de possibilidade para mitigar problemas de saúde e, por outro, estimulou a fragmentação, redundância e descontinuidade, cuja governança torna-se significativamente difícil e complexa.

Por fim, entende-se que o isolamento temático da questão, ou seja, o direcionamento dos temas de saúde unicamente aos órgãos sanitários e sua ausência nos grandes fóruns comerciais internacionais e nas mais importantes decisões econômicas nacionais e internacionais constitui um dos maiores obstáculos à efetivação do direito à saúde. Assim, o direito à saúde tem que abandonar a condição de tema secundário no âmbito do direito internacional e, converter-se em ferramenta decisiva para a tomada de decisões inter e intra governamentais.

## 6 CONCLUSÃO

No primeiro capítulo, desenvolveu-se um estudo sobre a complexidade da conceituação do direito à saúde, a partir do reconhecimento internacional da saúde como bem público global, presente em textos e declarações jurídicas internacionais.

Embora, não raro, as normativas internacionais não tenham força coercitiva, representam uma referência ineludível e uma diretriz inquestionável para compreensão dos direitos humanos, entre os quais está inserido o direito à saúde. Chama atenção à heterogeneidade das formulações, mas também os numerosos elementos que integram o corpo destas declarações universais.

Percebeu-se que a consideração do direito à saúde dos indivíduos e sua proteção aparecem fortemente vinculadas com os aspectos relativos ao nível e as condições de vida da população. A temática dos serviços de saúde ganhou tendência universalizadora no final do século XX e, por consequência, de fornecimento incondicionado.

Assim, o direito à saúde seria um direito à proteção da saúde, no sentido em que é um direito a que se estabelece por parte do Estado – uma série de medidas que permitem que a saúde dos cidadãos seja provida ou reparada.

Fez-se necessário ressaltar a crítica da priorização do direito à saúde como direito de assistência à saúde, bem como delinear as críticas a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde. Observou-se que as críticas à conceituação da OMS são muito duras e, em certa medida, justificadas. Observou-se também que, em determinadas circunstâncias, estabelecer uma definição de saúde é mais desvantajoso que resolúvel e que a demarcação de limites seria algo impossível. No entanto, destacou-se que mesmo diante de todas as críticas, a definição de saúde proposta pela OMS continua irreparável, desde sua declaração, o que no mínimo, demarca sua importância e consolida sua abrangência.

Destacou-se, ainda, a importância do princípio da igualdade como elemento norteador da efetivação do direito à saúde, ressaltando a importância do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, bem como da atuação do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, em especial, o respeito à Observação Geral nº 14 de 2000.

Abordou-se, outrossim, a história da saúde, em especial, no século XX, assim como, a relação entre saúde, pobreza e desigualdade. Para compreensão desta temática tornou-se imprescindível abordar diferentes teorias sobre o direito à saúde. Destacou-se a importância da autonomia individual e a necessidade de sua compreensão nos Estados de tendências libertária e sociais. Foram destacadas no primeiro capítulo as teorias negadoras, a ideia de loteria natural e social, a configuração do mínimo decente em matéria de saúde, bem como o dever de beneficência. Assim, para compreensão do conceito e do conteúdo do direito à saúde tornou-se fundamental entender a posição do mercado, nas teorias mais conservadoras, como instância dotada de elementos capazes de garantir a distribuição de recursos sanitários à população. Por fim, levantaram-se as críticas ao princípio do resgate, em virtude de sua inadequação como critério para determinação do direito à saúde, bem como a afirmação da ideia de seguro prudente como construção razoável para efetivação do direito à saúde.

No segundo capítulo objetivou-se desenvolver a crítica ao princípio do resgate iniciado no capítulo anterior, demonstrando sua inadequação e sua não razoabilidade para frear uma possível expansão ilimitada das necessidades em saúde.

Desenvolveu-se, de forma mais aprofundada, a ideia de necessidades relacionando-a, de forma inicial, com a questão da escassez de recursos. Observou-se que a definição das necessidades em saúde implica intervenção de elementos que incluem valorações morais diferentes. Percebeu-se, ainda, o problema da construção de uma concepção única, no que se refere às necessidades em saúde e que esta concepção não deve se comprometer com nenhuma valoração de tipo moral.

Abordou-se a polarização da ideia de necessidades humanas, por um lado, como valor relativo e, por outro, como processo determinante da vida e cuja realização constitui um direito humano inalienável. Observou-se a fundamentalidade da discussão sobre mínimos éticos universalizadores na conformação do conceito de necessidades. Desenvolveu-se, ainda, a questão da perda de oportunidades.

Foram considerados diferentes modelos conceituais de necessidades, estabelecendo distinções entre as noções de mínimo e básico, necessidades e desejos, necessidades e satisfações. Destacou-se que as necessidades básicas possuem papel relevante no reconhecimento de uma concepção liberal de

sociedade. Caracterizou-se a obrigatoriedade de fundamentação de um dever de garantia de condições materiais de existência, ou seja, um mínimo existencial, assim como, a partir desse conceito, a formulação do princípio da dignidade humana.

Abordou-se análise sobre o fato de que o reconhecimento dos direitos prestacionais envolve a tensão entre liberalismo e igualitarismo. Percebeu-se que as necessidades não se mantêm estáticas, mas crescem, se modificam e se complexificam por meio das interações humanas.

Desenvolveu-se reflexão sobre a validade de concepções universais de sujeito e da justiça que ignoram a multiplicidade das identidades presentes na sociedade. Observou-se que, apesar das múltiplas culturas, identifica-se uma moralidade mínima entre os membros das diversas comunidades. Retornou-se à questão sobre a proteção da saúde, bem como dos bens e serviços essenciais a sua efetivação e sua distribuição por meio do mercado.

Percebeu-se que a ideia de igualdade é extremamente complexa e, diante disso, percebeu-se que o acesso igualitário aos cuidados de saúde poderia constituir uma condição social ao respeito próprio. Abordaram-se diferentes teorias da justiça, em especial, a teoria desenvolvida por John Rawls e as dela derivadas, desenvolvendo-se construções teóricas sobre a ideia de igual proteção das capacidades básicas e a proteção do funcionamento normal para a justa igualdade de oportunidades.

Por fim, no segundo capítulo, analisaram-se, de forma inicial, os problemas referentes à uma política de acesso universal à proteção da saúde e a impossibilidade do princípio da concorrência, caracterizado como mecanismo adequado à distribuição dos produtos e serviços de proteção à saúde de forma igualitária.

No terceiro capítulo, tratou-se da discussão sobre o sentido e o conteúdo do direito à igualdade, destacando a temática da igualdade de recursos e a igualdade de capacidades. Foi abordada também a dificuldade de harmonização das duas orientações precedentes numa única proposta coerente.

Objetivou-se determinar o alcance do direito à saúde como padrão mínimo de proteção, para que assim fosse possível estabelecer os deveres normativos dos Estados para a garantia do direito à saúde. Discutiu-se a ideia de saúde mínima e a ideia de gasto mínimo em saúde. Abordou-se a distribuição equitativa da atenção sanitária como dimensão do direito à saúde. Desenvolveram-

se, a partir do contexto da equidade, dois problemas fundamentais que têm atormentado a compreensão do direito à saúde, a saber: a questão da inclusão e a questão da exclusão.

Diante do problema da inclusão, discutiu-se a questão da titularidade do direito à saúde, em especial, o critério da universalidade dos direitos humanos, notadamente dos direitos sociais. Em relação ao problema da escassez, tornou-se fundamental tratar a identificação de quais critérios de justiça devem ser utilizados para a distribuição de recursos médicos escassos. Toda essa análise conduziu à abordagem dos problemas vinculados aos determinantes sociais da saúde que afetam com mais intensidade a vida das pessoas do que a própria distribuição da atenção médica. Por conseguinte, abordaram-se os elementos determinantes da compreensão da universalidade dos direitos sociais e econômicos em relação à saúde. Por fim, desenvolveu-se a correlação entre a crise fiscal e os direitos sociais, bem como foi abordada criticamente a razoabilidade da aplicabilidade da teoria utilitarista na efetivação do direito à saúde.

Diante das questões apresentadas, tornou-se fundamental abordar os organismos e mecanismos internacionais de declaração e proteção do direito à saúde, objetivando identificar os agentes, as racionalidades e os interesses que forjam as diretrizes internacionais das políticas de saúde, estudo desenvolvido no quarto e último capítulo. Objetivou-se, nesse diapasão, pôr em destaque a condução das políticas internacionais como determinantes inquestionáveis para os Estados nacionais da região das Américas, que não raro, são obrigados a constituírem sistemas de promoção, proteção e recuperação da saúde, vinculados e submetidos às sistemáticas traçadas pelos organismos internacionais.

Tornou-se, ainda, imprescindível a identificação das razões técnicas, mais fundamentalmente das razões políticas que subsidiam os organismos internacionais na constituição das diretrizes a serem observadas pelos governos nacionais, destacando a conotação econômica desses subsídios.

Objetivou-se, no capítulo quarto, desvelar os sujeitos, os interesses e racionalidades das políticas de saúde empreendidas pelas agências internacionais na segunda metade do século XX. Assim avaliar o impacto das iniciativas das diferentes organizações internacionais, em especial, da ONU, OMS e da OPAS, no debate das políticas públicas de saúde no cenário mundial, neste início de século.

Destacou-se que a OPAS vem empreendendo grande esforço no sentido de assumir lugar proeminente no debate internacional sobre as reformas e reestruturação dos complexos sistemas de saúde, mas que a própria temática da saúde precisa ser inserida como questão prioritária nos fóruns internacionais e que enquanto a saúde for vista como questão secundária a própria rede internacional está prejudicada e suas projeções serão incondicionalmente frustradas.

Observou-se que o final do século XX vivenciou um período de grande divulgação de ideias caracterizadas pelas agências internacionais, como as mais adequadas e eficientes para subsidiar as políticas públicas de saúde no interior dos Estados em desenvolvimento. Visualizou-se que tanto a ONU quanto OPAS têm apresentado grande esforço no sentido de assumir a liderança na determinação das diretrizes mais eficazes para área de saúde a serem implementadas pelos países em desenvolvimento, em especial, na região das Américas.

Deve-se, no entanto, ressaltar que a atuação da ONU, OMS e OPAS, nas questões referentes ao fornecimento de ideias aos países periféricos, no que diz respeito às recomendações sobre os sistemas de saúde e sobre as reformas estruturais, são apresentadas como universais e devem ser universalmente aplicadas.

Criticou-se a construção de um modelo padrão de política de saúde para os países, notadamente, os países em desenvolvimento. As diretrizes configuradas pelas agências internacionais se distanciam da realidade concreta dos países que possuem diferentes necessidades. Além disso, os compromissos firmados internacionalmente são extremamente frágeis, principalmente, em virtude de tornarem-se, não raro, apenas políticas de governo e dificilmente serem convertidas em reais políticas de Estado. Verificou-se também que as estratégias e as metas mínimas são elaboradas por técnicos altamente qualificados, após pesquisas sérias e confiáveis, mas distantes do debate político que permita a participação efetiva dos países em desenvolvimento.

Assim, percebeu-se que, se os parâmetros para destinação de recursos são estabelecidos por essas agências, a alocação de recursos pela comunidade de desenvolvimento acaba sendo destinada aos países que se submetem às recomendações sugeridas pelo mercado mundial. Ademais, a forma de apresentação dos avanços em saúde pelos organismos internacionais (médias mundiais), neste início de século, tem camuflado a realidade.

Na verdade, percebeu-se que a atuação dessas agências serviu e tem servido a um papel extremamente valioso ao mercado mundial, qual seja, disciplinar as políticas públicas dos países em desenvolvimento e garantir o espaço político das próprias organizações mundiais. Considerou-se que a análise da oferta de ideias pelas agências estudadas foi extremamente útil à compreensão das políticas adotadas pelos países em desenvolvimento, não apenas pelas avaliações dos conselhos apresentados ou pela reflexão sobre as recomendações sugeridas, mas fundamentalmente porque a partir dessa abordagem, pôde-se extrair o tipo de desenvolvimento que os Estados centrais determinam aos estados periféricos e, que estratégias devem ser adotadas no enfrentamento dos problemas de saúde em todo o mundo.

Constatou-se que os países latino-americanos, embora vivenciem circunstâncias jurídico-políticas assemelhadas, possuem diferentes arranjos domésticos e estruturais – ou modelos de organização e de relação entre o legislativo, judiciário e o executivo e as diferentes organizações da administração pública e o funcionamento da burocracia civil – o que determina uma diferença significativa nos impactos das políticas internacionais sobre esses Estados e seus agentes políticos. Assim, nesses países, a natureza dos grupos de interesse domésticos, os objetivos políticos das elites e as restrições do sistema internacional exercem fortes influências sobre o processo decisório interno.

O deslocamento, cada vez maior, dos debates e decisões para fóruns internacionais traz uma série de implicações na questão da democracia interna. Para os países periféricos, em particular, a tomada de decisões seria realizada cada vez mais em fóruns internacionais ou moldada pelas imposições de agências, organismos e regimes internacionais comandados pelos estados centrais.

Reconheceu-se que o significado mais amplo e geral da mundialização refere-se à crescente conexão e interdependência – dos países – em escala mundial, sendo que essa conexão é multidimensional, pois abrange aspectos de segurança, economia e bem-estar, ecologia, cultura e valores de todas as espécies e principalmente, sanitários.

Pode-se dizer, por fim, que um bom sistema de regulação e controle sanitário é importante para uma política de bem-estar social e, também, que, nos países periféricos, ele sofre a mesma lógica de minimização em favor da competitividade econômica. Em termos econômicos, essa minimização favorece os



países centrais que têm instituições mais fortes e melhores estruturas de regulamentação e controles sanitários, motivo pelo qual seus produtos gozam de credibilidade adicional. Em barreiras alfandegárias, esses produtos entram facilmente nos mercados dos países em desenvolvimento, onde o controle sanitário é deficiente e precário. A rota contrária, no entanto, não é tão fácil. As agências de regulação e controle sanitários dos países centrais exigem rigorosos processos de qualidade para os produtos externos.

Considerou-se Também que a demonstração da impossibilidade de universalização do direito à saúde e de democratização do acesso aos serviços públicos de saúde em uma economia de mercado, que tem como ponto de partida o estudo de políticas públicas a partir de parâmetro crítico e dialético, reduz drasticamente a possibilidade de concretização dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*.

A inconsistência da concepção de que seja viável a ampliação, qualificação e humanização da atenção ao direito à saúde nos Estados periféricos representou outro elemento de grande interesse, pois se entendeu que somente com a compreensão do processo de globalização da economia de mercado poderiam ser identificados os interesses e racionalidades que determinaram e determinam a configuração da cooperação internacional para a América Latina, no âmbito da saúde.

Destaca-se como fundamental o sopesamento da atuação das instituições envolvidas e a real participação dos Estados nacionais. Nesse desiderato, tornou-se imprescindível compreender e analisar os fundamentos do processo de ajuda ao desenvolvimento à América Latina que, pelo menos em tese, objetiva a melhoria das condições de vida da população, com diferentes políticas, em contradição com uma política de financeirização da economia.

Percebeu-se que a maioria dos estados periféricos, não raro, têm fracassado no processo de solução dos problemas de saúde decorrentes da pobreza, pois não conseguiram desenvolver uma política econômica e social de forma equitativa, capaz de reduzir as imensas desigualdades entre pobres e ricos (seja entre os países ou entre os habitantes de um mesmo país).

Assim, prima-se, agora, por uma nova revolução na saúde pública mundial e local que leve em consideração e esteja imbricada de fundamentos éticos alicerçada na solidariedade, na equidade e na inclusão social. Todavia, a questão é

indicar em que instante tais elementos constituirão elementos integrantes das políticas públicas dos estados capitalistas de mercado, pois a grande questão é conciliar a ideia necessária de proteção social e a economia de mercado (geneticamente excludente).

Percebe-se, que, embora estejam em marcha, os avanços na ciência e na tecnologia, ainda não beneficiam boa parte da sociedade. Há um abismo entre as taxas previstas (para 2015) e as reais (em 2012) da redução da mortalidade infantil nos países americanos que se agrava dentro de cada país da América Latina. Ainda que o desenvolvimento pareça bom, erradicaram-se ou eliminaram-se certas doenças e fortaleceu-se a infraestrutura de saúde pública, mas verifica-se que não se configuraram de maneira uniforme em todos os países. Por conseguinte, percebe-se que nestes três anos restantes para realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não será possível concluir a agenda e que enquanto não ocorrerem mudanças estruturais, nenhuma agenda, nesse sentido, será concluída.

Entende-se que a sociedade civil é importante agente da saúde pública e tem, muitas vezes, em virtude das constantes omissões do Poder Público, que assumir responsabilidades pelos meios coletivos da proteção da saúde de seus membros, inclusive com articulações com os governos. Deve-se, no entanto, ter claro, que a sociedade civil não pode assumir o papel de promotor da saúde pública, ainda que possa exercer processos de controle e fiscalização da atuação dos poderes públicos.

Na maioria das circunstâncias, somente as organizações formais (os Estados e as Organizações Internacionais) têm condições de atuar, com sistematicidade e planejamento, no processo de reconhecimento, eleição e configuração das políticas públicas promotoras de direitos fundamentais sociais, pois esses direitos exigem constantemente atuações positivas do Estado, que constantemente, demanda recursos humanos, monetários e tecnológicos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem compreendido que o exercício da saúde pública é constituído por um conjunto de práticas sociais e que a saúde é parte da vida cotidiana da população, tanto individualmente como em grupo e também resulta de suas ações e interações na sociedade. A OPAS sugere ainda quatro grupos de práticas sociais em saúde pública, a saber: desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura da vida e da saúde; atenção às necessidades e

demandas da saúde; desenvolvimento de ambientes saudáveis e controle de riscos e danos à saúde coletiva e desenvolvimento da cidadania e capacidade de participação e controle sociais.

Constatou-se que a maioria dos países latino-americanos promoveu algum tipo de ampliação no acesso e na participação social relacionado com os sistemas de saúde. No entanto, deve-se destacar que grande parte das ações são focalizadas e/ou fragmentadas e que na realidade, configuram-se como atuações dirigidas pela elite técnica e econômica desses países. Ocorre que, em poucas ocasiões, a sociedade civil foi convocada para participar com voz e voto nas decisões sobre as políticas e programas que afetam sua saúde, bem como no planejamento e na gerência dos serviços nacionais e locais de saúde. Da mesma forma, em pouquíssimas situações, as necessidades dos países pobres foram colocadas como prioridades pelas agências e governos internacionais dos países desenvolvidos.

Entende-se, no entanto, que o desenvolvimento é questão importância para os países periféricos, mas não somente, o desenvolvimento resultante do incremento do comércio (com redução de tarifas comerciais) e o aumento da exportação. Esses elementos podem e contribuem decisivamente para o aumento do PIB de alguns países, mas isso não tem reflexo necessário no desenvolvimento integral das populações excluídas.

O processo de interferência na formulação de políticas públicas (entre essas, a da saúde), que tenham um forte substrato social baseado na equidade e inclusão social, passa pelo fortalecimento da esfera pública. A afirmação de que setores como educação e seguridade social (previdência, saúde e assistência social) não podem ser privatizados ou negligenciados.

Finalmente, entende-se que os objetivos e as agendas construídas nos fóruns internacionais representam uma conquista fundamental para essa parte do mundo, entretanto, até o presente, essas diretrizes não se refletiram na melhoria da qualidade de vida de grande parte da população dos países em desenvolvimento. Entende-se que se faz necessário o fortalecimento, simultâneo, de outras políticas e formas de ação que possibilitem novos pactos entre os atores governamentais e não-governamentais de proteção aos direitos sociais, em especial, à saúde.

Ademais, conclui-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio manterão sua pertinência depois de 2015. Verifica-se que o ano de 2012

representa o prazo para a realização de diferentes metas relacionadas com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mas percebe-se que, mesmo que sejam cumpridas todas essas expectativas, ainda assim necessita-se de progresso para a efetivação dos objetivos traçados.

Destaca-se que o mundo tem alcançado muitos avanços desde a Declaração do Milênio de 2000 e muitas autoridades e teóricos afirmam que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio contribuíram para despertar a sociedade mundial e centrar a atenção dos governos nacionais, regionais e mundiais na formulação e implementação de políticas públicas de combate à pobreza.

Considera-se que a capacidade dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, para atrair a atenção política e impulsionar medidas na direção do desenvolvimento sustentado e no combate às desigualdades, representa a base de seu êxito. Conclui-se que, em virtude da simplicidade de sua configuração e da facilidade de divulgação, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio tem angariado apoio decisivo dos governos dos Estados, da sociedade e dos meios acadêmicos. Percebe-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio conseguiram atrair a atenção da sociedade internacional para o desenvolvimento em torno de um conjunto de objetivos comuns da humanidade e esta unidade é extremamente significativa. Assim, tem-se observado que, atualmente, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são uma questão central das estratégias nacionais de muitos países em desenvolvimento e fornecem um marco para a definição de ajuda ao desenvolvimento.

Além disso, a conformação de uma vigilância integrada na estrutura dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que se vinculem com as metas concretas e com indicadores bem estabelecidos, também têm contribuído para fomentar a prestação de contas e melhorar a governança.

Contudo, deve-se ressaltar que todos esses elementos não têm garantido, de forma suficiente, os progressos em todas as frentes e persistem significativas desigualdades entre os países e no interior destes. Embora se deva reconhecer que a construção da Declaração do Milênio contribuiu para fomentar uma aliança mundial para o desenvolvimento (em especial, o oitavo Objetivo), persistem importantes deficiências no cumprimento dos compromissos internacionais em apoio ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Nesta linha de raciocínio, entende-se que a análise de uma nova agenda para o

desenvolvimento, posterior a 2015, deveria começar com um exame pormenorizado, amplo e inclusivo da agenda atual e o enfoque em que se baseou, assim como com uma avaliação do que tem dado resultado e do que não deu resultado.

Destaca-se, assim, que os valores e princípios aprovados pelos líderes mundiais na Declaração do Milênio mantiveram sua pertinência. Nela ficou reconhecido o aumento da interdependência entre as nações e os povos, assim como a necessidade de se estabelecer um marco que respalde uma globalização incluyente e equitativa no século XXI.

A fim de converter os valores em medidas concretas, a Declaração do Milênio estabeleceu seis objetivos amplos, a saber: a paz, a segurança e o desarmamento; o desenvolvimento e a erradicação da pobreza; a proteção do meio ambiente; os direitos humanos, a democracia e a governança; a proteção das populações vulneráveis; a atenção das necessidades especiais da África e o fortalecimento das Nações Unidas (ONU, 2011, p. 19).

Deve-se destacar que, embora o programa dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio se embase na Declaração do Milênio, não são idênticos. Assim, ao examinar os elementos de uma agenda para o desenvolvimento posterior a 2015, a sociedade mundial talvez deva voltar-se a examinar os valores e princípios da Declaração do Milênio como um ponto de partida para renovar sua visão do desenvolvimento mundial à luz dos desafios contemporâneos.

Entende-se que nos próximos anos, o debate estruturado em diferentes fóruns das Nações Unidas permitirá aos Estados nacionais realizarem suas próprias evoluções sobre a forma em que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio devem ser avaliados e repensados.

Conclui-se que, para que o marco do desenvolvimento posterior a 2015 possa ter a maior repercussão possível sobre o desenvolvimento, deve representar o resultado de um processo inclusivo, aberto e transparente. (ONU, 2011, p. 23).

No período entre 2013 e 2015 estão previstas várias reuniões oficiais para o acompanhamento e avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Nessas reuniões, ainda serão analisados os progressos para o êxito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e também serão discutidos os elementos de um marco condutor para o período após 2015.

Diante de tais premissas, conclui-se que a Organização das Nações Unidas e suas organizações especializadas consagraram o direito ao desenvolvimento e todos os demais direitos econômicos, sociais e culturais enunciados na Declaração Universal dos Direitos Humanos como elementos fundamentais para a consecução de um mundo menos desigual e injusto. No enfoque inspirado no direito à saúde se reitera a imprescindível efetivação dos direitos humanos e da proteção social, expressa na necessidade de se rechaçar qualquer forma de exclusão ou discriminação social.

A realização do direito à saúde e de todos os direitos humanos, requer políticas, planejamento e recursos adequados. Conclui-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a Agenda de Saúde para Região das Américas constituíram-se instrumentos decisivos para compreensão dos atores, interesses e racionalidades que marcaram o processo de configuração das políticas públicas de saúde nos primeiros 15 anos do século XXI. Ademais, devem servir como pressuposto para a formulação de novas diretrizes, para as políticas de saúde no mundo, que garantam, de forma mais equitativas e justas, o acesso ao direito à saúde, especialmente, à população mais pobre dos países em desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoría de los Derechos Fundamentales**. Trad. Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha**: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

AMOEDO SOUTO, Carlos. **Poder policial y derecho administrativo**. A Coruña: Universidad da Coruña, 2000.

ANAD, S. The concern for equity in health. **Journal of Epidemiology and Community Health**, n. 56, p. 486, 2002.

AÑÓN, Lema Carlos. **Salud, justicia, derechos**: el derecho a la salud como derecho social. Madrid: DYKINSON, 2009.

ARNSPERGER, C.; VAN PARIJS, P. H. **Ética económica y social: teorías de la sociedad justa**. Barcelona: Paidós: 2002.

ARRETCHE, Maria Tereza da Silva. Uma contribuição para fazemos uma avaliação menos ingênua. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC/SP, 2001.

ARRIGHI, Giovanni. **O longo século XX**: dinheiro, poder e as origens de nosso tempo. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BANCO MUNDIAL. **Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina**: documento de trabajo 01/06 de la Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. [S. l.]: Banco Mundial, 2006.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de desarrollo del milênio**. 2012. Disponível em: <<http://www.bancomundial.org/odm>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BARRETO, S. et al. **Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges**. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/22407860>>. Acesso em: 11 out. 2012.

BEAUCHAMP, D. E.; STEINBOC, B. (Ed.). **New ethics for the public's health**. New York: Oxford University Press, 1999.

BEDREGAL, P.; MARGOZZINI, P.; MOLINA, H. **Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez**. Washington, D.C.: OPAS, 2002.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. México: Siglo XXI, 2002.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. **Participação do Ministério da Saúde no Cenário Internacional da Saúde**. Ciclo de Debates. Assessoria Internacional do Ministério da Saúde. 1º Ciclo – Integração Regional e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUCHANAN, Allen E. A right to a decent minimum of health care. **Philosophy and Public Affairs**, v. 13, 1984.

BYNUM, W. F.; PORTER, R. (Org.). **Companion Encyclopedia of the History of Medicine**. London: New York: Routledge, 1993.

CARBONELL, Miguel. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, jul./dez. 2008.

CEPAL. **Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe**. Santiago: CEPAL, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe**. Santiago, 2005b. Disponível em: <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21541/P21541.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>>. Acesso em: 12 mar. 2012.



\_\_\_\_\_. **Población y salud em América Latina e Caribe**: retos pendientes e nuevos desafíos. 2010. Disponível em: <<http://www.un-ngls.org/spip.php?article2440>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Transformaciones demográficas y su influencia em el desarrollo em América Latina y el Caribe**, 2008. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/33220/2008-268-SES.32-CELA-ESPANOL.pdf>. Acesso 11 nov. 2012.

COBREROS MENDAZONA, Eduardo. **Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud**. Oñati: Instituti Vasco de Administración Pública, 1988.

CONTRERAS PELÁEZ, F. **Derechos sociales**: teoría e ideología. Madrid: Tecnos, 1994.

CORTINA, Adela. Ética, tecnología y salud. In: CALVENTE, Maria García. **Ética y salud**. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.

COSTA, Anabelle Carrilho da; BORGES, Maíra Selva. **A judicialização como acesso ao direito à saúde**: considerações ao debate brasileiro. 2010. Disponível em: <[http://www.ucpel.tche.br/revi\\_v151janjun2010/5\\_Anabelle\\_maira.pdf](http://www.ucpel.tche.br/revi_v151janjun2010/5_Anabelle_maira.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2011.

CURREA-LUGO, V. **La salud como derecho humano**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DANIELS, N. Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? In: KHUSE, H.; SINGER, P. (Ed.). **A companion to bioethics**. Oxford: Blackwells, 1999.

\_\_\_\_\_. **Just health care**: studies in philosophy and health policy. Cambridge: London: Cambridge University Press, 1985.

\_\_\_\_\_. Norman. Health care needs and distributive justice. Philosophy and Public Affairs. In: BEAUCHAMP, Tom; WALTERS, LeRoy (Ed.). **Contemporary issues in bioethics**. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 1981.

DOYAL, Len; GOUGH, Ian. **Teoría de las necesidades humanas**. Trad. J. A. Moyano e A. Colás. Barcelona: Icaria, 1994.

DWORKIN, Ronald. **Sovereign Virtue: The theory and practice of equality**. Cambridge: London, Harvard University Press, 2000.

\_\_\_\_\_. La justicia y el alto coste de la salud. In: **Virtud soberana: la teoría y práctica de la igualdad**. Trad. Fernando Aguiar González e María Julia Bertomeu. Barcelona: Paidós Ibérica, 2003.

DWYER, J. Global Health and Justice. **Bioethics**, v. 19, n. 5-6, 2005.

ENGELHARDT, H. Tristan. **Los fundamentos de la bioética**. Barcelona: Paidós, 1995.

ELSTER, J. **Local justice: how institutions allocate scarce goods and necessary burdens**. New York: Russell Sage Foundation, 1992.

ESPING-ANDERSEN, G. **Los tres mundos del estado del bienestar**. Trad. Begoña Arregui. Valencia: Alfons El Magnànim, 1993.

ESTÉVEZ, J. Estructura y límites del derecho como instrumento del estado social. In: OLIVAS, E. **Problemas de legitimación en el Estado social**. Madrid: Trotta, 1991.

FERNÁNDEZ, E. **Estado, sociedad civil y democracia, em AAVV: valores, derechos y Estado a finales del siglo XX**. Madrid: Marcial Pons, 1995

FERRAJOLI, Luigi. Derechos fundamentales. In: **Derechos y garantías: la ley del más débil**. Madrid: Trotta, 1999.

\_\_\_\_\_. **Democracia y garantismo**. Madrid: Editorial Trotta, 2008.

FIDLER, David. **SARS: governance and the globalization of disease**. New York, 2004.

FINNIS, John. **Natural law and natural rights**. [S.l.]: Oxford, 1982.

EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA. **Quiénes somos**. 2012. Disponible em: <<http://www.theglobalfund.org/es/about/whoweare>>. Acceso em 13 jun. 2012.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GARGARELLA, Roberto. **Las teorías de la justicia después de Rawls**: un breve manual de filosofía política. Barcelona: Paidós, 1999.

GAVÍN, Juan Pemán. **Derecho a la salud y administración sanitaria**. Bolonia: Publicaciones del Real Colegio de España, 1989.

GONZÁLEZ, Àngel Puyol. Ética, derechos y racionamiento sanitario. **Doxa**: Cuadernos de Filosofía del Derecho, n. 22, 1999.

GLOBEKNE, Osmir Antonio. **A construção social do conceito de saúde e de direito à saúde e a participação cidadã**. 2011. Disponible em: <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao\\_paulo/1898.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/Anais/sao_paulo/1898.pdf)>. Acceso em: 20 jun. 2011.

GRACIA, Diego. **Fundamentos de bioética**. Madrid: Eudema, 1988.

GROSMAN, L. S. **Escasez e igualdad**: los derechos sociales em la constitución. Buenos Aires: Librería: 2008.

GUTMANN, Amy. For and againts equal access to health care. **Health and Society**, v. 29, n. 4, 1981a.

\_\_\_\_\_. Milbank Memorial Fund Quarterly. **Health and Society**, v. 59, n. 4, 1981b.

HABERMAS, Jürgen. **Escritos sobre moralidad y eticidad**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1998.

\_\_\_\_\_. **Problemas de legitimación en el capitalismo tardío**. Trad. E. Etcheverry. Madrid: Cátedra, 1999.

HARRIS, J. **The value of life**. London: Routledge, 1985.

HIERRO, Liborio. **Justicia, igualdad y eficiência**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.

HONÓRIO, Cláudia. **Olhares sobre o mínimo existencial em julgados brasileiros**. 2011. Disponível em: <<http://www.dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/17942/claudia1.pdf>>. Acesso em 20 set. 2011.

JACOBS, Lesley A. Justice in health care: can Dworkin justify universal Access? In: BURLEY, Justine (Ed.). **Dworkin and his critics**: with replies by Dworkin. Oxford: Blackwells, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Pursuing equal opportunities**: the theory and practice of egalitarian justice. [S.l.]: Cambridge University Press, 2004b.

KANT, Emmanuel. **Fundamentos da metafísica dos costumes**. Trad. Lourival de Queiroz Henkel. Rio de Janeiro: Ediouro, 1990. p. 70-71.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. Trad. de João Baptista Machado. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KOHN, Robert et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 18, n. 4-5, p. 229-240, 2005.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo**. São Paulo: Nova Cultural, 1978. (Coleção Pensadores).

LOUREIRO, João Carlos. Direito à (proteção da) saúde. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, jul./dez. 2008.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, Karl. **Crítica del programa de Gotha**. 1870. Disponível em: <<http://www.marxists.org/español/m-e/1870s/gotha/gotha.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de direito internacional público**. 5. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

MACPHERSON, Crawford Brough. **Ascensão e queda da justiça econômica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

MELLO, Celso de Albuquerque. **Curso de direito internacional público**. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

MIGUEL, A. Ruiz. **Una filosofía del derecho en modelos históricos**: de la antigüedad a los inicios del constitucionalismo. Madrid: Trotta, 2002.

NAVARRO, V. El derecho a la protección de la salud. Derechos y libertades. **Revista del Instituto Bartolomé de las Casas**, n. 6. 1998.

NINO, Carlos Santiago. **Ética y derechos humanos**: un ensayo de fundamentación. 2. ed. Buenos Aires: Astrea, 2007.

\_\_\_\_\_. Autonomía y necesidades básicas. **Doxa**: Cuadernos de Filosofía del Derecho, n. 7, 1990.

\_\_\_\_\_. **La constitución de la democracia deliberativa**. Barcelona: Gedisa, 1997.

NOZICK, Robert. **Anarquía, Estado y utopía**. México: FCE, 1990.

\_\_\_\_\_. **Anarquia, estado e utopia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

NUSSBAUM, Martha. Capacidades humanas y justicia social. In: RIECHMANN, Jorge (Coord.). **Necesitar, desear, vivir**: sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad. Madrid: Los Libros de la Catarata, 1998.

OFFE, C. **Contradicciones em el Estado del Bienestar**. Trad. A. Escohotado. Madrid: Alianza, 1988.

OMS. Comissão de Direitos Econômicos de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Observação Geral nº 14**, 2000.

\_\_\_\_\_. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Informe de situação e tendências**: demografia e saúde. 1997. Disponível em: <[new.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task](http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task)>. Acesso em: 15 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. **Informe sobre la salud mundial 2000**. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Trematodiasis de transmisión alimentaria**. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/es/index.html>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates trends in maternal mortality: 1990 to 2010, 2012**. Disponível em: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf). Acesso em: 12 nov. 2012.

ONU. Informe Annual des Secretaria Geral. **Acelerar el logro de los objetivos de desarrollo del milenio**: opciones de crecimiento sostenido e inclusivo y cuestiones relativas a la promoción relativas a la agenda de la Naciones Unidas para el desarrollo con posterioridad a 2015. [S. 1.]: ONU, 2011. (Sexagésimo sexto período de sesiones. Tema 119 de la lista preliminar. Seguimiento de los resultados de la cumbre del milênio).

\_\_\_\_\_. **Objetivos do desenvolvimento do milênio**. 2012. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Objetivos\\_de\\_Deenvolvimento\\_do\\_Mil%C3%AAnio](http://pt.wikipedia.org/wiki/Objetivos_de_Deenvolvimento_do_Mil%C3%AAnio)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Pacto internacional de direitos econômicos, sociais e culturais**. 1966. Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolution nº 4682**. 1948. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/046/82/IMG/NR004682.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolution nº 55507**. 1989. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/555/07/IMG/NR055507.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

OPAS. **Agenda de Salud para las Américas 2008-2017**. Washington, D. C.: OPAS, 2007. Disponível em: <[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)>. Acesso em jun 2011.

\_\_\_\_\_. **Base de datos de gasto en salud**. Washington, D. C.: OPAS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Datos básicos em salud**. Mortalidad, 2011a. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>>. Acesso em: 30 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Datos básicos em salud**. Fecundidad, 2011b. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulador/newTabulator.htm>>. Acesso em: 30 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Informes anuales de los países a la Unidad de Inmunización de la Oficina Sanitaria Panamericana mediante las tablas PAI/ Formularios Conjunto para la Notificación de la OPS–OMS/UNICEF para las Américas**. Washington, D. C.: OPAS, 2005b.

\_\_\_\_\_. Nuevos rumbos para la salud en las américas: evolución de la salud de la población. **Informe Caudrenial dal Director**. 2002a. Disponível em: <[http://www.paho.org/spanish/d/ops98-02\\_ch02.htm](http://www.paho.org/spanish/d/ops98-02_ch02.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Salud pública en las Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países**. Washington, DC.: OPAS, 2012.

\_\_\_\_\_. **Situación de salud em las Américas**. Indicadores básicos, 2010. Disponível em: <[>. Acesso em: 30 out. 2012.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9048&Ite-mid=.)

PECES-BARBA, G. **Curso de derechos fundamentales: teoría general**. Madrid: Universidad Carlos III/Boletín Oficial del Estado, 1995.

PEREIRA, Potyara A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cotez, 2000.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

PISARELLO, G. **Los derechos sociales y SUS garantías**: Elementos para una reconstrucción. Madrid: Trotta, 2007.

PNUD. **Informe sobre desarrollo humano 2005**. Barcelona: Mundiprensa, 2005. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanhol>>. Acesso em: 10 maio 2010.

POGGE, Thomas. Human rights and global health: a research programme. **Metaphilosophy**, v. 36, n. n. 1-2, p. 183-184, 2005.

POLANYI, Karl. **A grande transformação**: as origens da nossa época. Trad. Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

QUINTIL. In: WIKIPEDIA. 2011. Disponível em: <<http://www.pt.m.wikipedia.org/wiki/Quintil>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Introdução ao estudo do direito**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2003.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2002.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Trad. Vamireh Chacon. Brasília, DF: Unb, 1981. (Coleção Pensamento Político, 50).

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; SCHRAMM, Fermin Roland. A necessária frugalidade dos idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/02.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

RIBOTTA, Silvina. **John Rawls**: sobre (des)igualdad y justicia. 2011. Disponível em: <[http://www.books.google.com.br/books/about/John\\_Rawls\\_y\\_justicia.html?id=t35iQwAACAAJ&redir\\_esc=y](http://www.books.google.com.br/books/about/John_Rawls_y_justicia.html?id=t35iQwAACAAJ&redir_esc=y)>. Acesso em: 18 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Las desigualdades económicas en las teorías de la justicia**: pobreza, redistribución e injusticia social. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2010.



RIECHMANN, Jorge. Necesidades: algunas delimitaciones en las que acaso podríamos convenir. In: \_\_\_\_\_. (Coord.). **Necesitar, desear, vivir. sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad.** Madrid: Los Libros de la Catarata, 1998.

ROIG, Maria José Añón; LUCAS, Javier de. Necesidades, razones, derechos. **Doxa:** Cuadernos de Filosofía del Derechos, n. 7, 1990.

ROIG, Maria José Añón. **Necesidades y derechos. Un ensayo de fundamentación.** Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1994.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000a.

\_\_\_\_\_. ¿Igualdad de qué? In: McMURRIN, S. M. (Ed.). **Libertad, igualdad y derecho.** Barcelona: Ariel, 1988.

\_\_\_\_\_. **Nuevo examen de la desigualdad.** Madrid: Alianza Editorial, 2000b.

SALAMA, Pierre; VALIER, Jacques. **Pobrezas e desigualdades no terceiro mundo.** São Paulo: Nobel, 1997.

SARLET, Ingo Wolfgang Sarlet. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SHAW, A. B. In defense of ageism. **Journal of Medical Ethics**, n. 20, 1994.

SILVA, Maria Ozanira Silva e. **Avaliação de políticas e programas sociais:** uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. São Luís, 2007. (No prelo).

\_\_\_\_\_. **Pesquisa avaliativa:** aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras Editora, 2008.

STIGLITZ, Joseph Eugene. **Le economia del setor público.** Barcelona: Bosch, 1995.

TOBIN, J. **On limiting the domain of inequality**. The Journal of Law and Economics, 1970, 13, pp. 263-277.

TOEBES, Brigit. The right to health. In: EIDE, A.; KRAUSE, C.; ROSAS, A. (Ed.). **Economic social and cultural rights**. A textbook. 2nd. rev. Boston: London: Martinus Nijhoff Publishers, 2001.

TORRES, Cristina. MÚJICA, Oscar J. Salud, equidade y los objetivos de desarrollo del milênio. Rev. Panam Salud Publica [online]. 2004, vol. 15, n. 6, pp. 430-439. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/51020-49892004000600012.htm>> Acesso em: 30 out. 2012.

VIDIELLA, Graciela. **El derecho a la salud**. Buenos Aires: Eudeba, 2000.

WALZER, Michael. **Las esferas de la justicia**: una defensa del pluralismo y la igualdad. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

WILLIAMS, B. La idea de igualdad. In: FEINBERG, Joel. **Conceptos morales**. Trad. J. A. Pérez Carballo. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.

ZIMMERLING, Ruth. Necesidades básicas y relativismo moral. **Doxa**: Cuadernos de Filosofía del Derecho, n. 7, 1990.