

The Lancet-London
32 Jamestown Road, London NW1
7BY, UK
T+44(0)20 7424 4910
F +44(0)20 7424 4911

The Lancet-New York
360 Park Avenue South, New York, NY
10010-1710, USA
T+ 1 212 633 3810
F+1 212 633 3853

The Lancet-Beijing
Unit 1-6, 7f, Tower W1, Oriental Plaza,
Beijing 100738, China
T+ 8610 85208872
F+ 861085189297
editorial@lancet.com

Editor

Richard Horton

Deputy Editor

Astrid James

SeniorExecutiveEditors

Pam Das SabineKleinert

WillianSummerskill

Executive Editors

Stephanie Clark

Tamara Lucas

Joanna Palmer

Pia Pini

Stuart Spencer

Richard Turner

Managing Editor

Hannah Jones

Web Editors

Nicoli Humphreys

Richard Lane

Ericka Niesner

Senior Assistant Web Editor

Katherine Rolfe

Senior Editors

Nial Boyce

Audrey Ceschia

Lin Guo

UdaniSamarasekera

Asia Editor

Helena Hui Wang (Beijing)

North America Editor

Rebecca Cooney (New York)

Conference Editor

Laura Hart

Senior Deputy Managing Editor

Laura Benham

Senior Assistant Editors

Olaya Astudillo

Abi Cantor

Sean Cleghorn

Tim Dehnel

Dara Mohammadi

Zena Nyakoojo

Helen Penny

Onisillos Sekkides

Frances Whinder

Farhat Yaqud

Assistant Editors

Neil Bennet

Hannah Cagney

Stephanie Clague

Katherine Gourd

Natalie Harrison

Rebecca Heald

Louise Rishton

Media Relation Manager

Daisy Barton

Editorial Assistants

KirianBains

Holly Baker

Fatiha Begum

Nicolas Dolan

Francesa Towey

THE LANCET® is a registred trademark
of Reed Elsevier Proprieties SA,
used under licence.

THE LANCET

The Lancet- Comissão da Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde - Maio, 2014

Comissões The Lancet

**As origens políticas das inequidades em saúde:
perspectivas de mudança**

O P Ottersen e outros

Global Governance *for* Health

THE LANCET - UNIVERSITY OF OSLO COMMISSION

The Lancet - Comissão da Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde**As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança**

Ole Petter Ottersen, Jashodhara Dasgupta, Chantal Blouin, Paulo Buss, Virasakdi Chongsuvivatwong, Julio Frenk, Sakiko Fukuda-Parr, Bience P Gawanas, Rita Giacaman, John Gyapong, Jennifer Leaning, Michael Marmot, Desmond McNeill, Gertrude I Mongella, Nkosana Moyo, Sigrun Magedal, Ayanda Ntsaluba, Gorik Ooms, Espen Bjertness, Ann Louise Lie, Suerie Moon, Sidsel Roalkvam, Kristin I Sandberg, Inger B Scheel

Sumário executivo

Mesmo com o muito já conquistado no campo da saúde nas últimas décadas, a distribuição dos riscos de saúde, em nível global, permanece extrema e inaceitavelmente desigual. Apesar de o setor saúde ter um papel crucial no combate às desigualdades de saúde, é comum que seus esforços entrem em conflito com poderosos atores globais, que possuem interesses distintos, como a segurança nacional, a defesa da soberania nacional ou objetivos econômicos.

Esse é o ponto de partida deste Informe da Comissão The Lancet - Universidade de Oslo sobre Governança Global para a Saúde. Devido à globalização, é cada vez mais comum que inequidades de saúde ocorram por conta de atividades transnacionais que envolvem atores com diferentes interesses e níveis de poder: corporações transnacionais, sociedade civil e outros. Por sua vez, as decisões, políticas e ações desses atores estão fundadas em normas sociais globais. O objetivo último de suas ações não é prejudicar a saúde, mas podem produzir efeitos colaterais negativos que acabam por gerar inequidades em saúde. As normas, políticas e práticas que emergem da interação política global multissetorial e que afetam a saúde é o que chamamos de “determinantes políticos globais da saúde”.

A Comissão argumenta que os determinantes políticos globais que afetam negativamente a saúde de alguns grupos (quando comparados a outros) são injustos, e que pelo menos parte do prejuízo poderia ser evitado melhorando-se a governança global. É urgente que saibamos como melhor proteger e promover a saúde pública no que tange a governança global, assunto complexo e politicamente sensível. A governança global inclui a distribuição de recursos econômicos, intelectuais, normativos e políticos e, para avaliar seu impacto sobre a saúde, é necessária a realização de uma análise do poder.

Esse Informe analisa as disparidades e as dinâmicas de poder existentes em uma série de políticas que afetam a saúde, que, por sua vez, demandam melhorias na governança global: crises econômicas e medidas de austeridade, propriedade intelectual, tratados sobre investimentos estrangeiros, segurança alimentar, atividades empresariais transnacionais, imigração ilegal e conflitos violentos. Os casos analisados mostram que, no panorama atual da

Mensagens chave

- É impossível combater as inaceitáveis inequidades em saúde existentes (tanto dentro quanto entre os países) exclusivamente por meio do setor saúde, por medidas técnicas ou no nível nacional. Soluções políticas globais são necessárias;
- Normas, políticas e processos oriundos de interações transnacionais devem ser compreendidos como determinantes políticos da saúde que causam e mantêm as inequidades em saúde;
- Assimetrias de poder e normas sociais globais limitam o leque de escolhas e restringem ações de combate às inequidades em saúde; essas limitações são reforçadas por disfunções sistêmicas na governança global e demandam vigilância em todas as arenas de formulação de políticas;
- Avanços no combate às inequidades em saúde e às forças políticas globais prejudiciais à saúde devem ser monitorados de forma independente;
- Estados e outras partes interessadas não-estatais participantes em arenas políticas globais devem estabelecer um diálogo mais transparente no que tange os processos decisórios que afetam a saúde;
- A governança global para a saúde deve estar ancorada em compromissos com a solidariedade global e a responsabilidade compartilhada; a ideia de um desenvolvimento sustentável e saudável para todos requer a existência de um sistema econômico e político global que sirva uma comunidade saudável num planeta saudável.



Versão em português revisada

Edição em português

Este documento foi traduzido do original em inglês, com autorização do The Lancet®. A versão em português foi possível graças ao apoio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz).

Para obter cópia dessa edição, entre em contato por e-mail ou telefone:

comunicacao.cris@fiocruz.br
Telefone: (21) 3885-1782

A versão eletrônica do documento é de livre acesso no endereço:

http://ecos-crisfiocruz.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=

Tradução:

Cristiano Botafogo

Revisão:

Paulo M. Buss, Alberto Pellegrini Filho e José Roberto Ferreira

Editoração da versão em português:

Luciana Rocha Mariz Clua - Multimeios/ICICT/Fiocruz

Impressão:

80 exemplares

Gráfica:

Nome da Gráfica

Informação para autores

Consultar no site: www.thelancet.com



University President's Office (Prof O P Ottersen PhD), **Centre for Development and the Environment** (Prof D McNeill PhD, S Roalkvam PhD, K I Sandberg PhD), and **Institute of Health and Society** (Prof E Bjertness PhD, A L Lie MSc, I B Scheel PhD), **University of Oslo, Oslo Norway**; **SAHAYOG, Lucknow, India** (J Dasgupta MA); **Institut National de Santé Publique du Québec, QC, Canada** (C Blouin PhD); **Centre for Global Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil** (P Buss MD); **Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hatyai, Thailand** (Prof V Chongsuvivatwong PhD); **FXB Center for Health and Human Rights** (Prof J Leaning MD), **Harvard School of Public Health** (Prof J Frenk PhD), **Harvard University, Boston, MA, USA**; **Graduate Program in International Affairs, The New School, New York, NY, USA** (Prof S Fukuda-Parr MA);

Ministry of Health and Social Services, Windhoek, Namibia (B P Gawanas EMBA); Institute of Community and Public Health, Birzeit University, West Bank, occupied Palestinian territory (Prof R Giacaman PharmD); University of Ghana, Accra, Ghana (Prof J Gyapong PhD); Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK (Prof M Marmot FRCP); Advocacy for Women in Africa, Dar es Salaam, Tanzania (G I Mongella HonD); Mandela Institute for Development Studies, Johannesburg, South Africa (N Moyo PhD); Global Health Unit, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway (S Møgedal MD); Discovery Holdings, Johannesburg, South Africa (A Ntsaluba FCOG [SA]); Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium (G Ooms PhD); and Harvard Global Health Institute, Harvard University, Cambridge, MA, USA (S Moon PhD)

Correspondence to: Prof Ole Petter Ottersen, PO Box 1072, Blindern, 0316 Oslo, Norway rektor@uio.no

governança global, assimetrias de poder entre atores com interesses conflitantes influenciam decisivamente os determinantes políticos da saúde.

Identificamos cinco disfunções do sistema de governança global que permitem que persistam os efeitos adversos dos determinantes políticos globais sobre a saúde. Primeiro, a participação e representação de alguns atores (como sociedade civil, especialistas em saúde e grupos marginalizados) nos processos decisórios são insuficientes (*déficit democrático*). Segundo, métodos inadequados de contenção de poder e a pouca transparência tornam difícil responsabilizar atores por suas ações (*mecanismos fracos de responsabilização*). Terceiro, é comum que normas, regras e processos decisórios sejam impermeáveis às necessidades em transformação, o que fortalece disparidades de poder já bastante enraizadas, gerando efeitos adversos sobre a distribuição da saúde (*imobilidade institucional*). Quarto, tanto em nível nacional quanto global, existem mecanismos inadequados de proteção da saúde em arenas de formulação política externas ao campo da saúde, o que faz com que a saúde fique subordinada a outros objetivos (*espaço político inadequado para a saúde*). Por fim, em uma série de áreas de formulação política, há uma ausência quase total ou mesmo total de instituições internacionais (como, por exemplo, tratados, fundos, cortes ou formas mais brandas de regulação, como normas e diretrizes) que protejam ou promovam a saúde (*instituições inexistentes ou ainda embrionárias*).

Reconhecendo que os principais fatores que influenciam negativamente a saúde estão fora do controle dos governos nacionais e, em muitos casos, são externos ao setor saúde, afirmamos que algumas das causas mais profundas das inequidades em saúde devem ser enfrentadas no interior dos processos de governança global. Para que o sucesso do sistema de saúde global continue, suas iniciativas não devem ser frustradas por decisões políticas tomadas em outras arenas. Pelo contrário, é preciso fazer com que processos de governança global exteriores ao setor saúde funcionem melhor para a saúde.

A Comissão clama por ações intersetoriais mais intensas para a saúde. Sugerimos a criação de uma Plataforma de Parceiros Múltiplos sobre Governança para a Saúde (Multistakeholder Platform on Governance for Health). Essa plataforma funcionaria como fórum para a discussão de políticas, abrindo espaço para que as várias partes interessadas venham a apresentar questões, formular agendas, avaliar e debater políticas que possam afetar as condições de saúde e a equidade em saúde, além de identificar barreiras e propor soluções para a formulação de políticas concretas. Ademais, pedimos que o monitoramento independente da influência de processos de governança global sobre a equidade em saúde seja institucionalizado por meio de um Painel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Sociais e Políticos Globais da Saúde e da obrigatoriedade de análises de impacto sobre a equidade em saúde nas organizações internacionais.

A Comissão também pede que sejam desenvolvidas medidas que facilitem o controle dos determinantes políticos globais da saúde. Clamamos por um uso mais robusto dos instrumentos do campo dos direitos humanos em saúde, como a figura dos Relatores Especiais, e sanções firmes contra o amplo espectro de violações cometidas por agentes não estatais, por meio do sistema jurídico internacional.

Reconhecemos que a governança global para a saúde deve estar ancorada nos compromissos com a solidariedade global e a responsabilidade compartilhada, através de abordagens baseadas em direitos e em novos meios de financiamento internacional, que vão além da tradicional ajuda externa para o desenvolvimento — como, por exemplo, investimentos em pesquisa e proteção social. Queremos dizer de forma incisiva à comunidade internacional e a todo e qualquer ator que possua influência na governança global: não podemos mais entender a saúde somente como uma questão técnica e biomédica, mas conscientizar-nos da necessidade de ações intersetoriais globais e de justiça em nossos esforços de combate às inequidades em saúde.

A natureza política da saúde global

Origens globais das inequidades em saúde

“Nosso desafio é desenvolver uma abordagem de saúde pública que responda a um mundo globalizado. A atual crise da saúde global não está, primariamente, ligada às doenças, mas à governança...”.¹

Ilona Kickbusch

A Comissão sobre Governança Global para a Saúde é motivada pela convicção de que o atual sistema de governança global não é capaz de proteger a saúde pública adequadamente. Essa incapacidade afeta grupos de forma desigual e é especialmente desastrosa para as populações mais vulneráveis, marginalizadas e pobres do mundo. Há muitas causas para as desigualdades em saúde; algumas de suas raízes estão no modo como o mundo é organizado (Quadro 1).

Os grupos mais pobres dos países mais pobres são os mais expostos a riscos, mas o fato da situação das pessoas variar de forma muito ampla, não é somente um problema da pobreza, mas da desigualdade sócio-econômica. Em relação à saúde, as diferenças aparecem como gradientes; doenças físicas e mentais aumentam para cada degrau que se desce na escada social, o que também acontece com outros fatores relacionados à saúde, como a violência, uso indevido de drogas, depressão, obesidade e o bem-estar geral de crianças¹¹. Já foi claramente demonstrado que, quanto mais desiguais as sociedades, piores os resultados de saúde para todos — inclusive para quem está no topo da pirâmide^{11,12}.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS reconhece que desigualdades sociais distorcem a distribuição da saúde. A Comissão concluiu que “normas sociais, políticas e práticas que toleram — ou, até mesmo, promovem — distribuição e acesso injustos ao poder, à riqueza e a outros recursos sociais” geram desigualdades sistemáticas nas condições de vida da população¹³. Em uma

análise pioneira, o relatório mostrou como as condições de vida produzem um enorme impacto na perspectiva de vida das pessoas. Entre essas condições, estão moradias seguras, acesso à alimentação saudável e a cuidados básicos de saúde, trabalho decente e segurança no trabalho, além da coesão social. Mas elas também incluem fatores subjacentes, como o protagonismo político, a inclusão não discriminatória em interações sociais e políticas, e a possibilidade de exprimir demandas.

É nossa opinião que o relatório caracterizou corretamente como “injustas” as grandes lacunas entre diferentes grupos de pessoas, chamando-as de “iniquidades” em saúde, e não “desigualdades”. De acordo com Margaret Whitehead, o conceito de “equidade em saúde” implica em que: “idealmente, todos deveriam ter as mesmas chances de atingir seu potencial pleno no que tange à saúde e, de forma mais pragmática, que, para atingir esse potencial, ninguém deve estar em situação de desvantagem, caso isso seja possível de evitar. O objetivo de qualquer política destinada à questão da equidade em saúde não é eliminar todas as diferenças para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde, mas reduzir ou eliminar àquelas que sejam frutos de fatores que possam ser considerados evitáveis e injustos”¹⁴.

Estados nacionais são responsáveis pelo respeito, a proteção e a promoção do direito de suas populações à saúde, mas a globalização e muitos outros determinantes da saúde importantes estão para além do controle de um único governo e são, inerentemente, globais¹⁵. O combate às iniquidades de saúde demanda não só esforços locais e em nível nacional, mas também uma melhoria da governança global. Apesar de existirem determinantes de saúde em muitos níveis — desde variações biológicas individuais até arranjos sociais de nível local e nacional —, alguns determinantes estão ligados a atividades transnacionais e a interações políticas em nível global. Esses fatores globais ainda não receberam a devida atenção, talvez porque as relações de causa e efeito sejam difíceis de estabelecer, ou porque suas implicações podem vir a ser polêmicas e inoportunas para alguns.

Existem evidências científicas abundantes demonstrando a existência de um gradiente social em relação às desigualdades de saúde e à exposição a riscos de saúde¹¹. Afirmando que a questão das iniquidades em saúde requer um julgamento moral — ou seja, deve ser considerada injusta e evitável por meios razoáveis. Argumentamos que as normas, políticas e práticas que emergem das interações políticas globais (os determinantes políticos globais da saúde) e que afetam de forma desfavorável a saúde de alguns grupos de pessoas — e não de outros — são, deveras, injustas. Alguns desses determinantes políticos globais podem ser evitados através de melhorias no modo de funcionamento da governança global. Combater esses determinantes políticos globais poderia, portanto, implementar a justiça na saúde.

O relatório de 2008 da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde atraiu a atenção para condições políticas que sustentam arranjos econômicos e sociais injustos. Con-

Quadro 1: Iniquidades globais em saúde

- Em torno de 842 milhões de pessoas sofrem de fome crônica², uma em cada seis crianças no mundo em desenvolvimento estão abaixo do peso^{3,4}, e mais de um terço das mortes de crianças com menos de cinco anos de idade podem ser atribuídas à subnutrição. O acesso desigual a alimentos suficientes, seguros e nutritivos continua a existir apesar da produção de alimentos ser suficiente para cobrir 120% das necessidades globais⁵.
- Um bilhão e meio de pessoas têm sua integridade física ameaçada. A saúde dessas pessoas pode ser prejudicada não só por lesões corporais, como também por níveis extremos de estresse psicológico causado por medo, perdas e desintegração do tecido social em áreas de insegurança crônica, regiões ocupadas ou em guerra⁶.
- A expectativa de vida dos países com os melhores e piores índices de desenvolvimento humano varia em 21 anos. Até mesmo em 18 dos 26 países que mostraram as maiores reduções nas mortes de crianças na última década, a diferença na mortalidade entre os quintis mais e menos desfavorecidos está aumentando⁷.
- Mais de 80% da população mundial não está coberta por esquemas adequados de proteção social. Além disso, o número de desempregados disparou. Em 2012, o desemprego atingiu 197,3 milhões de pessoas, 28,4 milhões a mais que em 2007. Entre os que têm trabalho, 27% (854 milhões de pessoas) sobreviveram com menos de US\$ 2 por dia. Mais de 60% dos trabalhadores do sudeste asiático e da África Subsaariana ganham menos de US\$ 2 por dia⁸.
- Muitos dos 300 milhões de pessoas que compõem os povos indígenas sofrem discriminação, o que faz com que não consigam obter os meios necessários para suprir suas necessidades diárias, além de não conseguirem exprimir suas demandas⁹. Meninas e mulheres enfrentam barreiras no acesso à educação e a empregos estáveis quando comparadas a meninos e homens⁹. Além disso, em todo o mundo, mulheres ainda enfrentam desigualdades no que tange a seus direitos reprodutivos e sexuais¹⁰. Essas barreiras reduzem o nível de controle que têm sobre suas circunstâncias de vida.

tudo, a análise realizada no relatório não teve como objetivo abordar forças, processos e instituições globais que geram as condições que produzem as iniquidades em saúde. Como dito em um Comentário no *The Lancet*, publicado em 2011: “É urgente — apesar de complexo e politicamente sensível — que compreendamos melhor como a saúde pública pode ser mais bem protegida e promovida em vários processos da governança global. Essas questões envolvem a distribuição de recursos econômicos, intelectuais, normativos e políticos e demandam uma avaliação sincera das atuais estruturas de poder.”¹⁷

Para respondermos a esse desafio, precisamos avaliar como ações transnacionais e processos de governança global afetam a equidade em saúde. As seções a seguir geram um quadro conceitual capaz de guiar a análise de vários casos. São exemplos selecionados de importantes áreas de intervenção política nas quais a governança global não foi capaz de proteger a saúde das populações contra “fatores evitáveis e injustos”¹⁴. Mostraremos que tanto assimetrias de poder quanto normas globais limitam o espectro de escolhas e as ações de resposta, mas também podem oferecer oportunidades. Na análise desses casos, também foram identificadas disfunções sistêmicas que impedem que a governança global gere determinantes positivos para a saúde e combata os negativos. Clamamos aos agentes responsáveis e a formadores de opinião que tomem providências, e aqui oferecemos uma série de ideias factíveis a serem consideradas e desenvolvidas.

Para respondermos a esse desafio, precisamos avaliar como ações transnacionais e processos de governança global afetam a equidade em saúde. As seções a seguir geram um quadro conceitual capaz de guiar a análise de vários casos. São exemplos selecionados de importantes áreas de

intervenção política nas quais a governança global não foi capaz de proteger a saúde das populações contra “fatores evitáveis e injustos”¹⁴. Mostraremos que tanto assimetrias de poder quanto normas globais limitam o espectro de escolhas e as ações de resposta, mas também podem oferecer oportunidades. Na análise desses casos, também foram identificadas disfunções sistêmicas que impedem que a governança global gere determinantes positivos para a saúde e combata os negativos. Clamamos aos agentes responsáveis e a formadores de opinião que tomem providências, e aqui oferecemos uma série de ideias factíveis a serem consideradas e desenvolvidas.

O que queremos dizer com “governança global para a saúde”?

O conceito de governança global para a saúde

Com a globalização, atividades transacionais que envolvem atores com diferentes interesses e níveis de poder — como Estados, corporações transnacionais e sociedade civil — aumentaram. Quando há conflito de interesses ou existem grandes disparidades de poder, essas atividades transnacionais podem gerar efeitos desiguais e negativos sobre a saúde, sejam eles intencionais ou não. Nesses casos, combater as iniquidades em saúde é um desafio tanto de nível global, quanto político. Para superar esse desafio, é necessário implementar ações para além do setor saúde ou de qualquer Estado nacional isolado. Além disso, será preciso melhorar a governança global em todos os setores. Concordamos com a definição¹⁸ de Weiss e Thakur para “governança global”: “As instituições, os mecanismos, as relações e os processos complexos formais ou informais entre Estados, mercados, cidadãos e organizações, sejam estas intergovernamentais ou não-governamentais, através das quais interesses coletivos são articulados em nível global, leis e obrigações são estabelecidas, e diferenças são mediadas.”

Esta Comissão se baseia na ideia de uma “governança global para a saúde”. Entendemos a saúde como um desafio político, e não somente como um resultado técnico. Implementa-se a governança global para a saúde através de um sistema de governança global equitativo, ou seja, baseado numa distribuição de poder político e econômico mais democrática que seja sustentável social e ambientalmente¹⁹. A governança global para a saúde é distinta do conceito de “governança da saúde global”, definida como: “O uso de instituições, regras e processos formais ou informais por parte de Estados, instituições intergovernamentais e agentes não estatais para lidar com desafios de saúde que demandem ações coletivas e transfronteiriças de forma efetiva”²⁰.

Enquanto a expressão “governança da saúde global” se refere à governança do sistema global de saúde — definido como os agentes e instituições cujo propósito primordial é a saúde²¹ — a “governança global para a saúde” se refere a todas as áreas da governança global que afetam a saúde. De forma implícita, a expressão demanda que, normativamente, a equidade em saúde seja um objetivo de todos os setores. Assim, o objetivo da Comissão não é melhorar a

governança dos agentes de saúde em nível global, mas, ao invés, avaliar como processos da governança global externos à arena da saúde podem funcionar melhor para a saúde e favorecer os agentes globais da saúde.

Determinantes políticos da saúde

Em nossa análise, preocupamo-nos especialmente com os determinantes políticos globais da saúde. Esse conceito não é novo. Muitos acadêmicos já chamaram a atenção para a natureza global e política da saúde e da equidade em saúde^{1,22-27}. Contudo, esse conceito ainda não foi definido de forma consistente. Essa Comissão, utilizando trabalhos anteriores que já tentaram uma definição dos determinantes políticos globais da saúde, os define como as normas, políticas e práticas transnacionais que emergem das interações políticas entre todos os setores e que afetam a saúde. Essa definição pode incluir todas as regras que restringem o comportamento, desde normas sociais amplas até políticas específicas (como acordos de comércio, por exemplo) e práticas (atividades não reguladas de corporações transnacionais, por exemplo).

Os determinantes políticos podem funcionar de várias maneiras. Primeiro, normas globais balizam interações sociais; determinam o modo através do qual problemas e temas são abordados na governança global e limitam os tipos de soluções propostas, por vezes excluindo a discussão de opções alternativas. Segundo, determinantes políticos como regras de representatividade, votação, transparência e responsabilidade se aplicam àqueles que participam dos processos decisórios em nível global, e a como esses processos são moldados por agentes com diferentes valores, interesses e níveis de poder. Por fim, o resultado de processos de governança, como políticas e acordos formais, determinam práticas em nível nacional.

O Acordo sobre Agricultura da Organização Mundial do Comércio (OMC) de 1994 é um bom exemplo de uma política que não tinha intenção nem de prejudicar, nem de promover a saúde. No entanto, a proteção conferida pela OMC à agricultura subsidiada dos países desenvolvidos reduziu a competitividade de pequenos agricultores em países em desenvolvimento. Assim, é possível argumentar que essa política gerou insegurança alimentar, subnutrição e outros problemas de saúde relacionados e que, portanto, afetou a saúde negativamente. Como mostra o exemplo, é uma política sem qualquer aspiração sobre o campo da saúde e que, no entanto, o afeta seriamente.

O Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde da OMS é exemplo de uma política que tem como objetivo promover a equidade em saúde. Seu objetivo é assegurar uma distribuição mais justa de trabalhadores do campo da saúde, limitando a capacidade de países ricos de tirar esses profissionais de saúde de países pobres, aqueles com as maiores necessidades de saúde. Em última instância, esse código, se for efetivo, contribuirá para uma distribuição mais justa dos profissionais de saúde no mundo e uma melhoria no acesso aos serviços de saúde.

Os determinantes políticos da saúde nunca são, em si, inerentemente bons ou maus; mas as consequências desses determinantes podem gerar efeitos positivos ou adversos sobre a saúde das pessoas.

O complexo da governança global

Organização política global

O atual sistema de organização política internacional tem suas raízes no fim da Segunda Guerra Mundial, quando seus vencedores criaram a ONU, as instituições de Bretton Woods — o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) — e o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT) — o precursor da Organização Mundial do Comércio (OMC) — para assegurar a ordem e a prosperidade no pós-guerra. Cada uma dessas organizações foi construída sobre o princípio da soberania de Estados que se uniam por vontade própria para resolver questões transnacionais.

Os Estados Nacionais são os componentes essenciais da política global desde o Tratado de Westfália de 1648, que estabeleceu uma série de Estados Nacionais europeus soberanos. Os Estados Nacionais proliferaram, especialmente na segunda metade do século passado, em grande parte devido ao processo de descolonização e à divisão de Estados em novas entidades políticas independentes. Cinquenta e um países assinaram a Carta das Nações em 1945, número que, atualmente, está em 193. Contudo, o papel desempenhado pelos Estados Nacionais mudou, assim como também cresceu a importância de organizações e de outros grupos de agentes internacionais. Agentes do mercado entraram na arena da governança global; e fundações privadas, organizações da sociedade civil e indivíduos conseguiram mais influência sobre os processos decisórios de nível global. Os Estados formaram grupos para perseguir seus objetivos comuns, sejam em nível regional — como a União Africana ou a Associação de Nações do Sudeste Asiático —, por nível de desenvolvimento — como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) ou o Grupo dos 20 —, ou por orientação política — como o Movimento dos Não Alinhados ou a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN). Outros agrupamentos formados para responder a questões específicas, como o Grupo Ministerial de Oslo sobre Saúde e Política Externa, podem também influenciar a agenda política global. Da mesma forma, fóruns e organizações intergovernamentais dedicadas a assuntos específicos também foram criados — como a OMS, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Apesar de uma maior tendência à integração política e econômica nos níveis regional e global, a soberania dos Estados é característica perpétua da estrutura política global, e continua sendo a base da negociação de regras globais. Por outro lado, a soberania pode limitar a governança global, impedindo que ações coletivas de resposta a desafios transnacionais — relativas desde à volatilidade dos mercados financeiros até às mudanças climáticas, desde a regulamentação de corporações transnacionais à repressão

às redes do crime organizado — sejam tomadas²⁸. Muitos dos instrumentos usados pelos governos em nível nacional não estão disponíveis em nível global, como instituições destinadas à criação, à interpretação e à aplicação de leis; à tributação da população para permitir a produção de bens públicos; à segurança pública; e à regulação dos mercados.

Contudo, a soberania dos Estados pode proteger suas populações de interferências globais que não estejam baseadas em processos democráticos, além de fazer com que seja possível tomar providências quando a governança global gera consequências negativas. Por exemplo, é comum que acordos internacionais restrinjam o espectro de ação dos governos nacionais, o que pode, em alguns casos, amarrar as mãos do governo em relação à proteção ou à promoção da saúde — o que normalmente se chama de “encolhimento do espaço político”. Por princípio, qualquer governo pode proteger sua capacidade política escolhendo não assinar um tratado, se assim acreditar que esse será danoso à saúde de sua população. Sendo Estados soberanos, os países não podem ser obrigados a isso. Na prática, contudo, outros interesses podem estar em jogo; e a saúde e outras questões sociais podem não receber a prioridade que merecem.

Assimetrias de poder: a causa profunda das iniquidades

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde argumentou, de forma convincente, que as causas básicas e profundas da iniquidade em saúde estão na distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos¹³. Disparidades e dinâmicas de poder permeiam todos os aspectos da vida: relações entre homens e mulheres, ou entre jovens e idosos, além de entre países, empresas e organizações. Sustentados pelas atuais normas e políticas sociais e globais — que, por sua vez, são mantidas pelos agentes que mais têm poder — essas assimetrias de poder continuam a existir.

Em princípio, Estados são equivalentes políticos no sistema global. Contudo, na realidade, continuam a haver grandes disparidades de poder, especialmente entre os países mais e menos desenvolvidos. Essa distribuição distorcida de riqueza entre os países reflete o seu poderio econômico: países de alta renda têm somente 16% da população global, mas dois terços do PIB mundial. Os gastos militares dos EUA superam o de qualquer outro país e constituem quase metade do gasto militar total mundial^{29,30}. Apesar da regra de um voto por país de muitos organismos da ONU refletir a noção legal de que Estados soberanos são iguais entre si à luz do sistema internacional, por outro lado, os cinco membros permanentes do Conselho de Segurança da ONU e o peso diferenciado dos votos no FMI e no Banco Mundial (com base na contribuição financeira) refletem o maior grau de influência dos Estados com maior capacidade militar e econômica.

Assimetrias de poder entre os países também aparecem na relação entre doadores e receptores de ajuda oficial para o desenvolvimento. Receptores dependem quase que totalmente da boa vontade de doadores, sejam essas agências ou governos, que possuem interesses e motivações diferentes.

Os doadores têm o poder de escolher que causas e que agentes apoiarão em que países e por quanto tempo. Além disso, em seu formato atual, a ajuda internacional é notoriamente imprevisível e volátil, e é realizada através de uma multiplicidade de canais, incluindo meios bilaterais, multilaterais, não governamentais e parcerias público-privadas. Consequentemente, governos receptores de ajuda internacional evitam usar os recursos em gastos correntes. Ademais, a fragmentação e as exigências no que toca a produção de relatórios consomem recursos, o que faz com que a ajuda internacional não necessariamente cumpra seus objetivos. A ajuda oficial para o desenvolvimento é crucial no combate à pobreza, mas é também um lembrete das grandes disparidades em termos de poder econômico entre os países.

Empresas privadas também possuem um papel influente na governança global atual. Grandes empresas transnacionais exercem um tremendo poder econômico, que podem utilizar para promover seus interesses em processos de governança global e nos mercados globais. O valor de mercado das cinco maiores empresas de tabaco do mundo ultrapassa os US\$ 400 bilhões³¹. O das cinco maiores empresas de bebidas é de US\$ 600 bilhões. O das cinco maiores empresas farmacêuticas, US\$ 800 bilhões³¹. Essas indústrias são maiores do que a maioria das economias nacionais. Entre os 184 países dos quais o Banco Mundial divulgou o PIB em 2011, 124 tinham-no abaixo de US\$ 100 bilhões. Apesar dos governos terem a autoridade para regular qualquer agente do setor privado operando em seu território, na prática, os Estados têm dificuldades de atuar sobre corporações transnacionais, não só devido ao seu formidável poder econômico, como também porque elas podem mudar jurisdições com relativa facilidade para evitar ou impedir que sejam reguladas — em outras palavras, elas parecem estar além do controle de qualquer Estado. Embora corporações transnacionais possam gerar benefícios enormes — através de empregos, do aumento da renda, da inovação tecnológica etc. — podem também prejudicar a saúde da população através de condições de trabalho perigosas, pagamento de salários inadequados, poluição ambiental ou pela produção de bens danosos à saúde (como o tabaco, por exemplo).

Outros agentes não estatais, como as fundações privadas, também exercem um poder econômico substancial. A Fundação Bill & Melinda Gates tornou-se um dos agentes mais influentes no campo da saúde global. Suas enormes contribuições a iniciativas de saúde global não só melhoraram as condições de saúde de muitos, como também inspiraram contribuições financeiras de outros agentes. Em 2013, a Fundação possuía uma dotação estimada em mais de US\$ 36 bilhões³². Com seu vasto poder econômico, a Fundação é capaz de determinar agendas globais e direcionar esforços e ações através de suas prioridades³³.

Além do poder econômico e militar, o poder normativo — ou seja, a capacidade de moldar crenças sobre o que é ético, adequado ou aceitável socialmente — também mostrou-se muito influente, mesmo sem recursos materiais de grande monta. Organizações internacionais não governa-

mentais (ONGs) como a Oxfam e os Médicos Sem Fronteiras, podem gerar muita influência através de suas redes globais, de seu acesso à mídia e suas reputações públicas. A mídia também pode exercer poder fazendo com que o público fique indignado e se mobilize. Além disso, através de suas decisões editoriais, podem fazer com que assuntos subam ou desçam na lista de prioridades da agenda global³³⁻³⁵. Organismos científicos ou conjuntos de especialistas, como o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas, também podem gerar evidências científicas significativas que pressionem os governos a agir³⁶.

Em princípio, indivíduos — enquanto cidadãos — são representados por seus Estados Nacionais em processos de governança global. Contudo, grupos como os apátridas, os povos indígenas e outros grupos marginalizados têm pouquíssima representatividade, se alguma. Ademais, os interesses e valores de pessoas comuns são, por vezes, protegidos de forma insuficiente em meio às normas e práticas que determinam a governança global — por exemplo, ao permitir que agentes não estatais e com fins lucrativos exerçam influência ilegítima e antidemocrática em processos políticos globais. Contudo, dizer que as pessoas são recipientes passivos de decisões de governo é distorcer a História. A equidade em saúde vem sendo promovida de forma bem sucedida através da mobilização popular de movimentos sociais e políticos em países de baixa renda, como Costa Rica, Cuba e o estado indiano de Kerala¹⁶. São exemplos do uso do poder normativo pelas pessoas em nível nacional. Em nível global, novos movimentos sociais continuam a demandar atitudes, desafiam processos antidemocráticos e protestam contra políticas injustas. O movimento Occupy respondeu de forma robusta ao crescimento da desigualdade em 2011, e manifestações também surgiram na Grécia e na Espanha contra as severas medidas de austeridade. Protestos em massa nos países árabes conseguiram retirar governantes do poder na Tunísia, Egito, Líbia e Iêmen. Grupos da sociedade civil também mobilizaram o poder normativo transnacionalmente e de forma bem sucedida, conseguindo implementar mudanças políticas concretas — convencendo exércitos poderosos a abrir mão de armas como minas terrestres e bombas de fragmentação³⁷, mexendo no modo como os bancos de desenvolvimento financiam a construção de grandes represas³⁸, e expandindo o espaço para a saúde pública no regime global de propriedade intelectual³⁹.

Apesar de que, provavelmente, as assimetrias de poder são parte integrante permanente das estruturas de governança global, grupos de poder podem mudar. Recentemente, países emergentes como o BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) e o MIKT (México, Indonésia, Coreia do Sul e Turquia) começaram a transformar a dinâmica tradicional. Algumas potências emergentes se pronunciaram de maneira mais assertiva em arenas internacionais dos campos da saúde, do comércio, do clima e da segurança, ou desafiaram arranjos de governança, como os esquemas decisórios do Conselho de Segurança da ONU ou a distribuição de votos no FMI. Novas formas de cooperação econômica,

política, educacional e para o desenvolvimento entre países em desenvolvimento também estão despoitando e desafiando a dinâmica da ajuda internacional tradicional.

Normas sociais globais que influenciam a governança global no campo da saúde e a equidade em saúde

Contestando normas

O contexto no qual todas as atividades humanas acontecem inclui condições que limitam o leque de escolhas e ações disponíveis, mas também pode apresentar oportunidades. Algumas dessas condições são as chamadas normas sociais globais. Contudo, normas globais podem mudar, e indivíduos podem vir a entender como inaceitável algo que antes consideravam ser uma verdade absoluta sobre o mundo. O voto feminino e a abolição da escravidão mostram como novas normas podem contestar as antigas, e nos lembram de que estar engajado na contestação de normas globais é um ato político. Apresentar questões de forma específica para que sejam enxergadas de maneira particular é uma estratégia central para empreendedores normativos. De acordo com Bøås e McNeill⁴⁰, essa abordagem será bem sucedida se for possível atrair atenção suficiente para o assunto a ponto de inseri-lo na agenda política. Finnemore e Sikkink⁴¹ propuseram um ciclo em três estágios para que uma ideia se transforme em uma norma. Na primeira fase, a de “emergência da norma”, agentes tentam chamar atenção para uma ideia e a persuadir uma massa crítica de líderes — como agentes políticos, formadores de opinião e governos — a abraçar a ideia enquanto norma. Quando se atinge certo limiar, chega-se a um ponto crítico, que dá início à segunda fase, a de “efeito cascata”. Durante essa fase, líderes tentam convencer outros agentes a seguir a norma. Finalmente, quando a norma é seguida sem que se perceba, ela terá chegado à fase de “internalização”: a norma foi institucionalizada e não está mais aberta ao debate público⁴¹.

Em sua discussão sobre as Metas de Desenvolvimento do Milênio, Fukuda-Parr e Hulme⁴² argumentam que a maior conquista do Século XX foi o surgimento da norma de que a “pobreza extrema e desumana é moralmente inaceitável e deveria ser erradicada”⁴². Mas como essas normas se saem na competição com outras normas globais?

Domínio de mercado

O sistema no qual vivemos é o de um mercado global. Esse sistema global produz grandes fluxos de bens, pessoas, dinheiro, informação, ideias e valores. Esses fluxos vêm sendo facilitados pela privatização, pela desregulamentação, e por políticas de liberalização de mercados, que limitam o papel dos governos nessa economia de mercado. Governos nacionais podem agir de forma melhor ou pior estimulando e controlando esses fluxos dependendo das ações de outros agentes não estatais, como as indústrias privadas, os bancos e a sociedade civil. Nas últimas décadas, esse sistema produziu um nível de crescimento sem precedentes e levou prosperidade material a centenas de milhões de pessoas, além de melhorar as condições de saúde e o bem-estar. Contudo,

esse crescimento tem sido desigual, tanto dentro dos países quanto entre os países.

Como disse Sukhamoy Chakravarty⁴³, “o mercado é um senhor malvado, mas pode ser um bom serviçal”. Contudo, além de gerar prosperidade e crescimento econômico, ele também pode produzir efeitos negativos, tanto ambientais quanto sociais. Dentro das fronteiras nacionais, os governos criaram políticas para mitigar parte desses efeitos negativos — sem acabar com os positivos. Reconheceram que, no mínimo, é necessário que o Estado intervenha para manter a lei e a ordem para que o mercado possa funcionar. Alguns países, no entanto, escolheram atribuir ao Estado um papel muito mais substancial.

Um dos principais desafios da governança global é o mercado mundial ter evoluído sem bases institucionais no nível dos Estados que regulassem o mercado e o fizessem servir ao interesse público⁴⁴. Em nível nacional, muitos governos criaram instituições e adotaram políticas para proteger suas sociedades dos efeitos nocivos da abertura de mercado. Esse tipo de instituição não existe em nível global: por exemplo, não existe um piso de proteção social global⁴⁵, uma autoridade de defesa econômica global, uma autoridade global de regulamentação de drogas; nem leis de transparência ou cortes para aplicá-las quando essas existem. Sem a possibilidade de regular os mercados globais através de mecanismos institucionais formais, é impossível implementar uma distribuição justa dos benefícios da globalização⁴⁴.

Assim, apesar da saúde, dos sistemas sociais e dos ecossistemas há muito serem preteridos em favor de interesses econômicos e forças de mercado, a sustentabilidade dessa relação vem sendo cada vez mais questionada²². A ideia de que as governanças ambiental, social e econômica não podem mais caminhar por trilhos distintos vem entrando mais e mais no debate atual⁴⁶.

A abordagem biomédica

Recentemente, abordagens biomédicas foram enfatizadas pesadamente como meios válidos de combate aos problemas de saúde em nível global. O modelo biomédico foca no indivíduo saudável ou doente e nas causas imediatas (sejam biológicas ou comportamentais) da doença. Essa abordagem é, em grande parte, curativa — ou seja, age “consertando” o corpo doente —, mas também inclui medidas preventivas, como os programas de vacinação em massa. A aplicação do modelo biológico no campo da saúde global é atraente por conta dos avanços da medicina obtidos no século passado²². Esse modelo também funciona bem quantitativamente, ou seja, permitindo que a taxa de retorno do investimento seja determinada — contando o número de vidas salvas por uma intervenção realizada etc. A julgar pelos grandes ganhos obtidos pela saúde global nas últimas duas décadas⁴⁷, esse modelo obteve resultados importantes. Por exemplo, o número total de mortes entre crianças com menos de cinco anos de idade caiu de 12 milhões, em 1990, para 6,6 milhões, em 2012⁴⁸. A mortalidade materna caiu pela metade entre 1990 e 2010, chegando a um número

estimado em 287.000⁴⁹. O tratamento para o HIV/Aids em países desenvolvidos chegou a 9,7 milhões de pessoas em 2012⁵⁰, e a taxa de novas infecções pelo HIV começou a cair, após décadas aumentando.

Esses avanços podem ser relacionados de forma plausível ao aumento dos investimentos (tanto em nível doméstico quanto internacional) na área da saúde, incluindo um aumento sem precedentes no nível de atenção política e recursos dedicados à ajuda ao desenvolvimento no campo da saúde, que cresceu mais do que a ajuda oficial entre 1990 e 2010, tendo quase quintuplicado, passando de US\$ 5,7 bilhões para US\$ 28,1 bilhões⁵¹. O setor se beneficiou de um aumento substancial no nível de investimentos realizados por fontes não oficiais, como pela Fundação Bill & Melinda Gates.

Contudo, as iniquidades em saúde continuam a existir, e, em muitas situações, estão crescendo^{52,53}. De fato, a abordagem biomédica cura doenças, mas, por si só, não será capaz de combater as causas profundas da iniquidade em saúde. Intervenções biomédicas deveriam ser acompanhadas de uma compreensão mais ampla das forças antagônicas à saúde que atuam na economia política global. As raízes das iniquidades em saúde não poderão ser diagnosticadas nem remediadas através de soluções técnicas, ou somente pelo setor saúde, visto que estão ligadas à justiça da distribuição de poder, e não a variações biológicas. Apesar disso, a maioria dos investimentos realizados no campo da saúde foca em doenças ou intervenções específicas. De fato, o foco atual nesse tipo de solução pode fazer com que a saúde global venha a ser entendida como um problema de gestão, despido de qualquer conflito de interesse ou assimetria de poder, o que vem a distorcer os mecanismos subjacentes que determinam as desigualdades de saúde⁵⁴. Propagar a ideia de que as iniquidades de saúde — que são produzidas social e politicamente — são problemas tecnocráticos ou de gestão médica despolitiza os problemas sociais e políticos, e podem levar a crença de que a solução está em uma pílula mágica que, muitas vezes, age mais sobre sintomas do que causas.

Normas dos direitos humanos

Durante mais de 60 anos, um quadro normativo em nível global e relevante para o campo da saúde ficou encapsulado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948⁵⁵. A Declaração não articula somente o direito à vida e à saúde, mas também outros direitos relacionados a alguns dos mais importantes determinantes sociais e políticos da saúde, incluindo o direito a um padrão de vida adequado e o direito a participar da vida política. Esses direitos se aplicam a todos os seres humanos, independente de sua raça, cor, sexo, língua, religião, orientação política ou de qualquer outro tipo, origem nacional ou social, propriedades, nascimento ou qualquer outro aspecto. Essas normas foram detalhadas no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos⁵⁷ e em seus respectivos protocolos e têm status de lei internacional. O dever de garantir o usufruto desses direitos é primordialmente dos Estados, ajam estes individual ou coletivamente.

Contudo, a “fase de internalização” das normas de direitos humanos — nos quais se inclui o direito à saúde — permanece absolutamente incompleta. Apesar de existir um sistema internacional dedicado a monitorar se os países estão respeitando o tratado — que funciona tanto formalmente (como, por exemplo, através do Conselho de Direitos Humanos da ONU e outros mecanismos como os Relatores Especiais da ONU) quanto informalmente (como, por exemplo, através de relatórios produzidos pela sociedade civil e pela imprensa) — na prática, não há muito que os países possam ou queiram fazer para convencer outros Estados a cumprir suas obrigações com os direitos humanos. Além disso, existem poucos mecanismos capazes de monitorar e assegurar efetivamente o cumprimento dos direitos humanos em diferentes setores em relação a diferentes questões. Por exemplo, Relatores Especiais da ONU são enviados como resposta a denúncias de violações dos direitos humanos e têm a missão de chamar a atenção do governo para a questão e enviar relatórios anuais sobre temas específicos ao Conselho de Direitos Humanos e à Assembleia Geral da ONU. Contudo, formalmente, os Relatores não desempenham qualquer papel ou possuem qualquer relação institucional com organismos multilaterais do campo dos direitos humanos específicos que estão monitorando (saúde, alimentos, água, migração, liberdade de expressão etc). Assim, as atuais estruturas multilaterais não trabalham para maximizar o potencial dos Relatores em fortalecer o respeito pelos direitos humanos para além do emprego da norma. Essa limitação demonstra a incapacidade do sistema de governança global em favorecer estruturas que aumentem os níveis de proteção e promoção da saúde em todos os setores.

O desafio de assegurar o cumprimento das leis internacionais de direitos humanos por uma multiplicidade de setores e agentes vem atraindo muita atenção nos debates sobre a agenda de desenvolvimento da ONU pós-2015. O secretário geral das Nações Unidas⁵⁸ lembrou ao mundo que, para promover o desenvolvimento sustentável, é necessário que tenhamos uma visão de futuro baseada nos direitos humanos e nos valores e princípios universalmente aceitos (como a responsabilidade e a transparência) e sintetizados na Carta das Nações Unidas⁵⁹, na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵⁵ e na Declaração do Milênio⁶⁰. É preciso que as parcerias construídas para o desenvolvimento — com representação de agentes estatais e não estatais de todos os setores da sociedade — sejam fortalecidas e concordem com essa visão.

Desafios futuros

É possível mudar normas sociais globais, assim como as bases econômicas e políticas dos arranjos globais de distribuição de poder, e é provável que o sistema de governança global venha a evoluir também. A degradação ambiental, as mudanças climáticas e o atual nível de urbanização (sem precedentes na história) apresentam novas ameaças à saúde humana. Essas ameaças — já discutidas em profun-

didade em outras Comissões do *Lancet*^{61,62} —, vão alterar drasticamente o cenário da saúde global. As condições de vida das pessoas irão mudar, e novos padrões de morbidade e mortalidade surgirão. Novas tecnologias — especialmente no tocante a meios eletrônicos de comunicação — estão sendo desenvolvidas em um ritmo avassalador, e podem representar novas oportunidades para o combate da iniquidade em saúde. Esses aspectos são muito importantes, mas estão fora do escopo desse relatório.

Objetivo da Comissão

O objetivo dessa Comissão é atrair a atenção para os determinantes políticos globais da saúde. Defendemos que é responsabilidade dos Estados Nacionais respeitar, proteger e promover o usufruto do direito à saúde de suas populações. Contudo, quando a saúde é solapada por forças transnacionais, a resposta precisa ocorrer no domínio da governança global.

As iniquidades em saúde existentes atualmente ainda não enormes, moralmente inaceitáveis e “não são, de forma alguma, um fenômeno ‘natural’, mas, sim, o resultado de uma combinação nefasta de políticas e programas sociais ruins, arranjos econômicos injustos e péssimas políticas”¹³. A natureza global e política da saúde já foi reconhecida por muitos, desde Rudolf Virchow, no século XIX, passando pelos muitos que apoiaram a Declaração de Alma-Ata⁶³, de 1978, chegando à Comissão de Determinantes Sociais da Saúde¹³. Mais especificamente, os ministros das relações exteriores de sete países (Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia) assinaram, em 2007, a Declaração Ministerial de Oslo sobre Saúde Global⁶⁴, que afirma que é preciso dar maior prioridade à saúde nos trabalhos realizados pelos países sobre temas políticos globais como o comércio, os direitos de propriedade intelectual, a gestão de conflitos e crises, as estratégias de desenvolvimento e a política externa.

O público está cada vez mais insatisfeito com o que entende ser um sistema econômico global injusto que favorece uma elite muito pequena^{1,65} e que gera degradação ambiental e social que, por sua vez, afetam negativamente os níveis de equidade em saúde. O atual debate sobre a promoção do desenvolvimento sustentável pós-2015 já reconheceu que a saúde se beneficia, contribui e serve de indicador para “um modo de desenvolvimento centrado nas pessoas, baseado em direitos, inclusivo e equitativo”⁶⁶. Entre setembro de 2012 e março de 2013, a Consulta Temática Global sobre Saúde na Agenda de Desenvolvimento Pós-2015⁶⁶ gerou um nível de convergência notável no que tange colocar a governança no centro de uma agenda de desenvolvimento sustentável (nova e aplicável universalmente) que tenha princípios de direitos humanos — universais e indivisíveis — como referência na promoção da coerência entre políticas e da responsabilidade mútua. O relatório final da Conferência sobre Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas de 2012⁶⁷ colocou a saúde como condição, resultado e indicador das três dimensões do desenvolvimento sustentável: a social, a ambiental e a econômica.

Entendemos esse afloramento de esforços coletivos como expressão de uma visão compartilhada, de uma norma social global emergente: a de que o sistema econômico global deveria servir à população global, respeitando sua saúde e promovendo a sustentabilidade de suas sociedades, dentro dos limites da natureza. A principal ambição dessa Comissão é adicionar sua voz ao coro e utilizar seu peso para levar essa norma até seu ponto crítico, clamando aos formuladores de políticas de todos os setores — e também de organizações internacionais e da sociedade civil — que reconheçam os modos através dos quais os determinantes políticos globais influenciam as iniquidades de saúde, e que deem início a um debate público global sobre como podem ser combatidos.

Determinantes políticos em funcionamento

Exemplos de intervenções realizadas nas políticas de sete áreas distintas

O mundo globalizado depende cada vez mais de normas, regras e regulamentos que coordenem as interações transnacionais nos campos mais diversos, como comércio e investimentos, regulamentação financeira e econômica, meio ambiente, trabalho, propriedade intelectual, segurança internacional e direitos humanos. O desafio desse câmbio nas autoridades e atividades reguladoras do doméstico para o global é criar um sistema de governança que promova, apoie e sustente o desenvolvimento humano — especialmente para os mais pobres e marginalizados.

Nessa seção, mostraremos exemplos de intervenções realizadas nas políticas de sete áreas diferentes nas quais o sistema de governança global existente não foi capaz de promover ou proteger a saúde, ou de combater as iniquidades em saúde — crise financeira e medidas de austeridade, propriedade intelectual, tratados sobre investimentos, alimentos, atividades empresariais, imigração e violência armada. A análise dos casos mostra que o modo pelo qual os determinantes políticos globais da saúde operam é fundamental para o atual nível de distribuição da saúde. Mostraremos como, no cenário atual da governança global, assimetrias de poder entre agentes com conflitos de interesse levaram à criação de regras, regulamentos ou práticas (os determinantes políticos da saúde) que geraram iniquidades de saúde, e como disfunções existentes no sistema de governança global permitiram que isso acontecesse.

A Comissão selecionou exemplos claros de como intervenções realizadas sobre políticas em nível global podem reduzir as iniquidades em saúde. Esses casos são apenas ilustrativos e não incluem todas as áreas nas quais processos de governança global afetam a saúde e a equidade em saúde.

A crise financeira, medidas de austeridade e a saúde

A crise financeira e a saúde na Grécia

O fato dos mercados financeiros globais serem todos interconectados fez com que um problema que começou no mercado imobiliário americano nos anos de 2007 e 2008

rapidamente se transformasse em uma crise financeira global. Os mercados financeiros entraram em pânico, e o medo, por parte dos investidores, do alto nível de endividamento do governo grego fez com que houvesse uma grande desvalorização dos títulos da dívida do país, o que o levou a tomar dinheiro emprestado em níveis que começaram a ameaçar a solvência do governo⁶⁸. Como membro da Zona do Euro, a Grécia não podia desvalorizar a moeda, o que teria contribuído com o pagamento da dívida, aumentando as exportações e facilitado a recuperação econômica no longo prazo.

Face à crise financeira nacional que gerou incerteza sobre a capacidade do país em honrar suas dívidas, a Grécia aceitou o pacote de resgate financeiro do FMI, do Banco Central Europeu e da Comissão Europeia, que incluía medidas de austeridade que produziram consequências desastrosas sobre a saúde e o bem-estar dos cidadãos gregos. Os gastos do governo em setores sociais (saúde, assistência social e educação) tiveram grandes cortes, e centenas de milhares de trabalhadores do setor público perderam o emprego ou viram seus salários serem congelados ou reduzidos⁶⁹. Os jovens foram os mais atingidos e receberam o apelido de “geração da crise”: em 2012, o nível de desemprego na faixa etária entre 15 e 24 anos foi de 55,2% (a média entre os países da OCDE é de 16,2%)⁷⁰. O país relatou um aumento no número de desabrigados, nas taxas de criminalidade, na insegurança alimentar e uma maior desagregação familiar^{69,71}. Por último, mas não menos importante, o setor saúde sofreu muito com as medidas de austeridade, tendo seu orçamento cortado em 40%, resultando, dentre outras coisas, na redução do acesso da população a medicamentos e a cuidados de saúde⁶⁸.

Consequências das medidas de austeridade sobre a saúde

A Grécia não é um caso isolado. Irlanda, Portugal, Espanha e, mais recentemente, o Chipre estão passando por crises financeiras e pediram (e receberam) ajuda financeira externa condicionada à redução dos gastos sociais. Esses casos mostram como a integração dos mercados financeiros globais coloca grande pressão sobre os governos para que cedam às pressões dos, por vezes, às custas de suas populações.

Muitos analistas alertaram quanto aos efeitos nocivos da crise sobre os determinantes sociais da saúde⁷²⁻⁷⁴. Como, normalmente, choques econômicos levam a uma redução do nível de atividade econômica, a arrecadação de impostos cai acentuadamente. A ortodoxia atual sugere que os gastos do governo sejam cortados e que o déficit do orçamento seja reduzido⁷⁵. Contudo, essa estratégia não considera seus efeitos adversos sobre a saúde. Em resposta à crise financeira global, as pressões para que medidas de austeridade fossem implementadas levou os países a reduzirem seus sistemas de proteção social, prejudicando a saúde da população^{68,76,77}. As condicionalidades dos pacotes de resgate financeiro do FMI, do Banco Central Europeu e da Comissão Europeia (os recebidos pela Grécia, pela Irlanda e por Portugal) incluíam reduções no gasto social, o que afetou negativamente a saúde e o bem-estar da população^{68,69}.

Isso que aconteceu na Europa reflete o que vem aconte-

cedendo no mundo em desenvolvimento desde o início dos anos 1980: instituições financeiras internacionais condicionam empréstimos a programas de ajuste estrutural que incluem não só cortes no orçamento para a redução do déficit fiscal, como também um espectro mais amplo de medidas destinadas à equalização dos déficits fiscal e comercial, à desregulamentação da economia e à privatização de estatais⁷¹. Nesses programas também constava a implementação dos princípios básicos do neoliberalismo, ou seja, a promoção do livre mercado, a privatização de bens e programas públicos (incluindo os ligados à saúde), a redução do tamanho do governo e a desregulamentação econômica⁷¹. Um grande número de evidências já demonstrou que as consequências desses programas foram desastrosas para a saúde pública^{78,79}. Por exemplo, estudos demonstram que os programas de ajuste estrutural afetaram negativamente a saúde na África Subsaariana através de suas consequências sobre o emprego, a renda, os preços, os gastos públicos, a arrecadação fiscal e o acesso ao crédito, o que, por sua vez, geraram efeitos danosos sobre a saúde, por sua influência sobre a segurança alimentar, a nutrição, os ambientes de vida e de trabalho, o acesso aos serviços de saúde, à educação etc.^{79,80}. Esse padrão também já foi visto em outros países que se sujeitaram às condicionalidades dos empréstimos de programas de ajuste estrutural⁷⁸.

Determinantes sociais da saúde e a questão da responsabilidade

As raízes da crise da Grécia são complexas e ainda estão sendo discutidas. Contudo, os eventos que engatilharam a crise financeira nacional — e as respostas dadas a ela — possuíam elementos transnacionais importantes que as tiravam do controle do Estado grego. Sob a pressão dos líderes da União Europeia e de investidores estrangeiros, o governo da Grécia ficou sem margem de manobra para negociar o pacote de resgate com o FMI, com o Banco Central Europeu e com a Comissão Europeia. O pacote foi apresentado aos cidadãos gregos como a única alternativa a um colapso total e, mesmo após uma série de greves e manifestações contrárias à austeridade, foi aprovado sem referendo após o Primeiro Ministro ser forçado a renunciar⁶⁸.

Duas questões são centrais: a política de austeridade era o único caminho viável para a recuperação econômica? Era possível evitar, de alguma forma razoável, os seus efeitos negativos sobre a saúde? Evidências de crises financeiras e econômicas anteriores mostram que, quando políticas fiscais que protegem a saúde e o bem-estar social são implementadas, a economia consegue se recuperar sem produzir consequências adversas sobre a saúde^{68,81-84}. John Maynard Keynes argumentava que, em tempos de crise, os governos não deveriam cortar gastos, mas estimular a economia, aumentando seus gastos e aceitando um aumento temporário na dívida pública, que seria contrabalançado por superávit quando a economia estivesse mais forte^{73,85}.

O exemplo da Islândia ilustra bem o fato de que mais

investimentos — e não cortes — no social é um caminho viável para a recuperação econômica. Apesar dos bancos islandeses terem tido perdas maciças após o colapso do mercado imobiliário americano, 93% dos cidadãos votaram, através de um referendo, contra o resgate dos bancos pelo governo⁶⁹. O governo, então, escolheu não cobrir as perdas dos bancos privados com dinheiro público e não precisou do resgate de nenhuma instituição financeira internacional, nem implementou qualquer política de austeridade⁶⁸. Contrário aos conselhos de credores internacionais, o governo — entre outras medidas — desvalorizou a moeda, aumentou algumas tarifas sobre bens importados, investiu na proteção social e no estímulo ao mercado de trabalho e continuou a cobrar altos impostos sobre bebidas alcoólicas. Assim, a crise financeira afetou muito pouco a saúde no país⁶⁹, o crescimento econômico vem sendo forte nos anos subsequentes⁸⁶, e a taxa de desemprego vem caindo continuamente (sendo projetada em menos de 5% em 2013)⁸⁷. O FMI reconheceu que o investimento nos programas de proteção social da Islândia foi crucial para a recuperação econômica do país e para o bem-estar geral da população⁶⁸.

Apesar das evidências contrárias, as principais figuras políticas e financeiras internacionais ainda recomendam a austeridade como melhor método de recuperação⁸⁸. Isso leva às questões de que peso a saúde e o bem-estar têm no processo de formulação e políticas econômicas e de que modo os interesses de credores são contrapostos aos dos tomadores de empréstimos durante crises financeiras. Também levanta a questão sobre se existem mecanismos adequados para responsabilizar formuladores de políticas internacionais pelos efeitos de suas decisões sobre a saúde. Líderes europeus, por exemplo, vêm levantando a questão da falta de responsabilidade por parte do poderoso Banco Central Europeu, que vem colocando medidas de austeridade como condição para a concessão de empréstimos de resgate em vários países europeus⁸⁹.

Reações: proteção social e caminhos alternativos para a recuperação econômica

Os efeitos negativos da crise vão ficando claros e, consequentemente, novas agendas começam a emergir em nível global. O aumento do número de desempregados em todo o mundo — que subiu de 5,4% em 2007 para 6% em 2013⁹⁰ — incentivou o debate nas organizações internacionais sobre a necessidade de expandir os esquemas de proteção social e de novos sistemas de arrecadação tributária⁸⁵. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde identificou a proteção social como um dos instrumentos mais poderosos de combate às iniquidades de saúde em nível nacional⁸⁵. De fato, a importância fundamental da proteção social já foi reconhecida quando incluída na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um direito humano básico conferido a todos os indivíduos⁹¹. Mesmo assim, atualmente, a maioria da população do mundo vive, cresce e trabalha sem redes de proteção social. Olivier de Schutter, Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Alimentação, sugeriu

Quadro 2: O piso de proteção social

Apoiado pelo Conselho de Chefes Executivos da ONU e pelos Chefes de Estado e Governo presentes na Cúpula de Revisão dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2010, o piso de proteção social foi definido como “um conjunto integrado de políticas dedicadas a garantir a segurança de renda e o acesso a serviços sociais para todos, devotando especial atenção aos grupos mais vulneráveis, e protegendo e empoderando (autonomizando) cidadãos ao longo do ciclo de vida”⁴⁵. O piso incluiria as seguintes garantias:

- Segurança de renda básica, sob a forma de transferências sociais variadas (monetárias ou em espécie), tais como pensões para idosos e pessoas portadoras de deficiência, benefícios para crianças, apoio à renda e/ou garantias de emprego e serviços para os desempregados e trabalhadores de baixa renda.
- Acesso universal a serviços sociais essenciais nas áreas da saúde, água e saneamento, educação, segurança alimentar, habitação e outras definidas de acordo com as prioridades nacionais.
- O piso de proteção social é um conceito global. Cada país deveria ser responsável por criar e implementar esquemas de proteção social adaptados às suas circunstâncias nacionais⁴⁵.

três importantes motivos pelos quais sistemas de proteção social abrangentes não são disponibilizados: as receitas fiscais de países pobres não são adequadas enquanto base financeira para os gastos envolvidos; os modelos de desenvolvimento atuais (como os programas de ajuste estrutural) recomendados pelas grandes instituições internacionais incluem cortes de gastos governamentais e o encolhimento do Estado; e a população está suscetível aos mesmos riscos apresentados por choques econômicos inesperados do que o Estado e, assim, aumentos na demanda por proteção social acontecem quando as receitas fiscais e de exportações do país caem⁹¹.

A OIT, a OMS e o Banco Mundial estão discutindo a necessidade de se adotar a noção de um piso de proteção social global (Quadro 2). Na Conferência da OIT de 2001, por exemplo, foi discutida a possibilidade da publicação de uma recomendação internacional não vinculante para que um piso de proteção social fosse implementado como complementação aos padrões de seguridade social existentes⁴⁵. Muitos acadêmicos já argumentaram a favor da criação de um piso de proteção social em nível global, na forma de subsídios cruzados entre os países ou de transferências de recursos dos países mais ricos para os mais pobres⁹²⁻⁹⁴. É possível que esse tipo de sistema seja capaz de sustentar mecanismos nacionais de proteção social em países pobres e ajudar a reduzir os efeitos de choques econômicos.

A proteção social também apareceu como forte tema transversal em processos de consulta internacional no âmbito da agenda de desenvolvimento pós-2015 e dos debates sobre desenvolvimento sustentável que se seguiram à Conferência sobre Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, realizada em 2012, no Rio de Janeiro.

Para que a causa da proteção social em nível global avan-

ce, interesses precisam estar alinhados em apoio à ideia da proteção social enquanto responsabilidade compartilhada e instância de renovação da solidariedade global. Ideias similares estão surgindo também no campo da saúde. Em um relatório intercalar preparado para a Assembleia Geral da ONU⁹⁵, Anand Grover, Relator Especial sobre o Direito à Saúde, apresentou uma abordagem para o financiamento da área baseada no direito à saúde. Seu relatório apontou que a obrigação com o tema, força Estados a cooperarem entre si internacionalmente, visando assegurar a disponibilidade de formas de financiamento sustentáveis para a área. O Relator recomendou que fossem tomadas medidas para que recursos para a saúde sejam recolhidos internacionalmente, em pools coordenados de um ou mais membros, baseados legalmente em tratados internacionais e com contribuições compulsórias por parte dos Estados.

Organizações e movimentos da sociedade civil na Europa e em outras regiões do globo já começaram a falar contra os efeitos negativos das políticas de austeridade sobre a equidade de saúde^{71,96}. Alguns países em desenvolvimento — devido ao seu maior nível de influência no sistema de governança financeira global — estão começando a se organizar dentro do Banco Mundial e do FMI, distanciando-se de políticas que recompensem a desregulamentação. Vários governos da América Latina também estão desafiando a ortodoxia neoliberal tornando-se seus próprios financiadores. Por exemplo, o Fundo Latino-Americano de Reservas oferece apoio para o balanço de pagamentos sem o tipo de condicionalidades exigido pelos programas de ajuste estrutural⁹⁷. Recentemente, o FMI vem reconhecendo algumas das limitações das políticas de austeridade, em termos dos seus efeitos adversos sobre a recuperação econômica, a saúde e a seguridade social^{68,98,99}.

Governança global para a saúde: principais desafios identificados

Na atual forma que tomou a globalização econômica, fluxos financeiros transfronteiriços foram liberalizados, o que gerou sérias consequências para a saúde e para a equidade em saúde¹⁰⁰. Os mercados estão cada vez mais integrados globalmente, e não há instituições que controlem a volatilidade. O capital foi libertado do controle do Estado, e a capacidade dos governos de controlar fluxos encolheu. Esse fato, por sua vez, também restringiu a capacidade dos governos de proteger a saúde de suas populações. Como foi demonstrado, o interesse dos governos em manter a confiança dos mercados financeiros globais em si entrou em conflito com a proteção da saúde e da seguridade social.

A implementação de políticas de austeridade — condição para o resgate financeiro oferecido a vários países europeus por instituições financeiras internacionais — é exemplo de como os determinantes políticos da saúde podem se originar em processos de governança global. Formuladores de políticas internacionais poderosos não tem qualquer responsabilidade sobre os efeitos de suas decisões sobre a saúde. Além disso, não há espaço político adequado para

garantir que a saúde seja levada em consideração durante a formulação de pacotes de ajuda financeira⁷⁹.

Conhecimento, saúde e propriedade intelectual

O alto custo de novos medicamentos

Em março de 2013, o Conselho de Apelação sobre Propriedade Intelectual da Índia instituiu a primeira licença compulsória do país para um medicamento, o sorafenib, usado no tratamento do câncer de fígado e de rins, que havia sido lançado um ano antes. A patente do sorafenib é da empresa farmacêutica alemã Bayer, que havia colocado o preço mensal do tratamento na Índia em por volta de US\$ 5.000. Os governos podem emitir licenças compulsórias para autorizar a produção de versões genéricas mais baratas de medicamentos patenteados, uma salvaguarda capaz de proteger o público contra possíveis abusos de monopólios gerados pelo sistema de patentes. Até países tradicionalmente favoráveis a políticas fortes de proteção aos direitos de propriedade intelectual, por vezes, usam a ameaça da licença compulsória — como fez os EUA em 2001, para medicamentos contra o antraz. A licença emitida pela Índia autorizou a Natco a produzir uma versão genérica do medicamento e pagar à Bayer entre 6% e 7% do preço final. A versão do medicamento produzida pela Natco custa US\$ 160 por mês, por volta de 3% do preço sugerido pela Bayer¹⁰¹.

O caso do sorafenib não é a história de um só medicamento e das leis de patente de um só país, mas representa um foco de conflito em um debate político histórico global sobre como certos tipos de conhecimento ligados à área da saúde são produzidos e quem pode deles se beneficiar. Como o conhecimento teve um papel muito central na melhoria das condições de saúde no último século, as regras que regulam o uso do conhecimento em nível global podem afetar profundamente a saúde. A comunidade global de cientistas e acadêmicos produz um volume enorme de estudos e pesquisas sobre política, sistemas e práticas no campo da saúde (além de pesquisas de cunho biomédico) que podem ser utilizados no desenvolvimento de tecnologias de combate a doenças ou de outros problemas de saúde. O investimento total — público e privado — em pesquisa na área da saúde foi estimado em US\$ 210 bilhões em 2010, incluindo pesquisas sobre sistemas de saúde e desenvolvimento de tecnologias para o campo da saúde¹⁰². Contudo, apesar de, em princípio, ser possível tratar o conhecimento como um bem público global e disponibilizá-lo para todos, na prática, a utilização de seus benefícios acaba ficando restrita, por segredo ou por barreiras levantadas pelos direitos de propriedade intelectual.

Efeitos das regras globalizadas de propriedade intelectual sobre a equidade em saúde

Um dos principais conjuntos de regras que governam a produção e o acesso ao conhecimento na área da saúde é o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (o Acordo TRIPS), da OMC.

Um dos objetivos centrais da proteção da propriedade intelectual é incentivar a criação e a publicação de informações e conhecimento. Os direitos autorais — que permanecem vigentes até, normalmente, 50 anos após a morte do autor — têm o objetivo de garantir que autores (e seus Estados) possam colher os frutos do seu trabalho. Por outro lado, as patentes — que normalmente duram 20 anos a partir da data de depósito do pedido da patente — têm como objetivo garantir a seus inventores, durante um tempo limitado, o monopólio sobre sua exploração, através do qual podem recuperar os recursos investidos na pesquisa, portanto, incentivando o investimento privado em pesquisa.

O TRIPS exige que os países assegurem um nível mínimo igual de proteção à propriedade intelectual, nível esse baseado nos padrões adotados em países industrializados, que incluem: patentes com, no mínimo, 20 anos de duração em todas as áreas do desenvolvimento tecnológico, incluindo medicamentos; restrições à capacidade política de Estados de impedir a patenteabilidade de tecnologias específicas; e limites às salvaguardas de interesse público, como as licenças compulsórias.

Antes do TRIPS, muitos países — incluindo os da Europa Ocidental — já haviam criado exceções especiais para alimentos, medicamentos, tecnologias agrícolas e educação em suas leis nacionais de patentes e direitos autorais. Contudo, a possibilidade de patentear medicamentos — pela primeira vez implementada em muitos países — permitiu a fixação de preços em regime de monopólio, o que levantou questões quanto ao acesso, especialmente de populações pobres. Apesar do direito à saúde incluir o acesso a medicamentos básicos¹⁰³, os efeitos adversos dos monopólios produzidos pelas patentes sobre o preço e a disponibilidade de medicamentos faz com que os países tenham dificuldade de cumprir com suas obrigações no que tange respeitar, proteger e garantir o direito à saúde¹⁰⁴. Além disso, as patentes, por si sós, não atraem investimentos suficientes para a pesquisa de doenças que afetam populações pobres predominantemente, pois essas não representam um mercado lucrativo. Assim, algumas doenças — ou melhor, algumas populações — são negligenciadas¹⁰⁵. Esse problema foi, nos anos 1990, chamado pelo Fórum Global de Pesquisa em Saúde de “desequilíbrio 10/90”¹⁰⁶, com base na estimativa de que somente 10% dos recursos de pesquisa são destinados às necessidades de saúde de 90% da população mundial.

Direitos autorais também podem aumentar o custo de acesso a publicações científicas. O custo de revistas e monografias científicas para as bibliotecas de todo o mundo aumentou 210% entre 1986 e 2001 — mas o número de periódicos caiu em 5%¹⁰⁷. Em 2012, até mesmo uma das instituições acadêmicas mais ricas do mundo, a Universidade Harvard (em Cambridge, no estado americano de Massachusetts), anunciou que não conseguiria mais pagar os custos cada vez maiores das assinaturas de periódicos científicos, caracterizando a situação de “insustentável financeiramente e restritiva academicamente”¹⁰⁸. Restrin-

gir o acesso ao conhecimento pode ampliar ainda mais as disparidades e limitar o acesso a informações-chaves para a melhoria das condições de saúde.

Os determinantes políticos da saúde e o poder de mercado

O caso do Acordo TRIPS mostra claramente como o poder econômico pode determinar a formulação de regras em nível global e gerar consequências amplas sobre a saúde. A negociação do TRIPS nos anos 1980 e 1990 foi conduzida pelo lobby de um punhado de indústrias que dependem em grande escala de seus direitos de propriedade intelectual nos EUA, na Europa e no Japão (especialmente as das áreas farmacêutica, de tecnologia da informação e do entretenimento). Esses lobbies convenceram os governos de seus países a fazer pressão para que um tratado multilateral sobre propriedade intelectual fosse incluído na Rodada Uruguaiana de negociações comerciais globais. Os países em desenvolvimento se opuseram à inclusão da propriedade intelectual no pacote de acordos de comércio, visto que os detentores da propriedade intelectual se encontram predominantemente nos países ricos. A globalização das regras de patentes geraria um fluxo de recursos dos países pobres para os ricos na forma de royalties, ao mesmo tempo em que restringiria o acesso a conhecimentos e tecnologias que poderiam melhorar as condições de saúde e estimular o desenvolvimento econômico. No entanto, uma série de estímulos (concessões nos campos da agricultura e na produção de têxteis) e ameaças (pressões no âmbito do comércio bilateral com os EUA) fez com que o tratado fosse assinado em 1994¹⁰⁹.

Apesar de a sociedade civil e de muitos países em desenvolvimento terem expressado sua preocupação com as consequências do TRIPS sobre a saúde¹¹⁰, o acordo tornou-se cada vez mais importante, visto o crescimento cada vez maior da economia do conhecimento. É quase impossível incluir uma emenda ao TRIPS, pois, segundo as regras de OMC, todos os seus membros precisam concordar com as mudanças — o que é improvável, visto que as nações mais avançadas e industrializadas se beneficiam amplamente dessas regras. O caso do TRIPS mostra como grandes disparidades de poder moldaram as primeiras regras estabelecidas para o jogo e continuam a perpetuar essa disparidade.

O surgimento de normas de acesso

Algumas organizações da sociedade civil e governos se mobilizaram para responder ao receio do efeito do TRIPS sobre a saúde pública. Na última década, muitas mudanças normativas aconteceram na abordagem de patentes de medicamentos, especialmente devido às necessidades impostas pela pandemia de HIV/Aids e o uso dos anti-retrovirais³⁹. O resultado desse movimento é o fato de que mais de 90% dos medicamentos contra o HIV (em termos de volume) utilizados atualmente em países de renda baixa e média serem genéricos¹¹¹. Essa mudança normativa começou a tornar-se mais evidente em 2001, na Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, da OMC, através da

qual todos os membros da OMC concordaram que o TRIPS “não impede e não deve impedir que seus membros adotem medidas de proteção da saúde pública”¹¹².

Os governos nacionais começaram a fazer um uso mais agressivo de um leque de abordagens legais para combater o alto preço dos medicamentos, inclusive das flexibilidades incluídas no TRIPS, como o licenciamento compulsório. Novas ferramentas colaborativas também foram implementadas, como o Consórcio de Patentes de Medicamentos (Medicines Patent Pool), através do qual são concedidas licenças voluntárias pensadas para o uso em saúde pública, autorizando a produção de versões genéricas mais competitivas de medicamentos contra o HIV em países em desenvolvimento.

Essa norma de acesso também já foi expandida para outras doenças, como a tuberculose, a malária e outras doenças tropicais negligenciadas, como demonstrado não só pelas iniciativas de grandes doadores (como do Fundo Global de Luta contra a Aids, a Tuberculose e a Malária e o UNITAID), pelos programas de doações de empresas farmacêuticas e pelos descontos oferecidos para países de baixa renda, como também pela existência de uma comunidade bem desenvolvida de organizações da sociedade civil, acadêmicos e analistas que acompanham a questão. Os investimentos na pesquisa de doenças negligenciadas também aumentaram exponencialmente na última década, passando de praticamente nada no ano 2000 para mais de 24 parcerias público-privadas de desenvolvimento de produtos, representando por volta de US\$ 3 bilhões em investimentos em 2011¹¹³.

Por fim, recentemente, tem aumentado o apoio ao acesso aberto de publicações científicas, após o surgimento de novos modelos de publicação. Os primeiros periódicos de acesso livre foram criados nos anos 1990 e publicam, na internet, trabalhos acadêmicos revisados por pares. Existem, atualmente, por volta de cinco mil periódicos deste tipo, incluindo periódicos administrados profissionalmente, como aqueles geridos pela Public Library of Science (PLoS) e pela BioMed Central. O crescente apoio à publicação aberta tornou-se ainda mais forte quando, em 2007, foi aprovada uma lei nos EUA exigindo que os bolsistas dos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA (o NIH) — o maior financiador individual de pesquisa na área biomédica¹¹⁴ — escrevessem, em até 12 meses após a publicação inicial, artigos de acesso livre, caso tivessem recebido financiamento dos Institutos¹¹⁵. Os bolsistas podem publicar em qualquer jornal de acesso livre ou disponibilizar o artigo em qualquer repositório de acesso livre online. Em 2012, os maiores financiadores de pesquisas científicas do Governo do Reino Unido adotaram uma política similar para o caso de pesquisas financiadas pelo setor público, demonstrando um movimento crescente em direção ao acesso livre de publicações de pesquisa¹¹⁶. O acesso livre mostrou-se um modelo viável não só para artigos científicos, como também para capítulos, teses acadêmicas e livros inteiros.

Apesar das conquistas, o normal ainda é que o preço de novos medicamentos seja caro (especialmente em merca-

dos emergentes), que o uso das flexibilidades existentes no Acordo TRIPS seja uma exceção¹¹⁷, e que o espaço político necessário para garantir o acesso ao conhecimento na área da saúde e para proteger a saúde quanto a efeitos adversos dos regimes de comércio e propriedade intelectual permaneça ameaçado. Apesar do dispositivo presente na Declaração de Doha, muitos países em desenvolvimento têm sido pressionados, em negociações de comércio bilaterais ou regionais, por países exportadores de propriedade intelectual, a aprovar ou implementar condições mais restritivas do que o exigido para o uso de patentes (o chamado “TRIPS Plus”). Apesar de influenciarem muitas questões de cunho público, negociações de comércio quase sempre acontecem a portas fechadas e o esboço dos acordos quase nunca pode ser revisado pelo público. Em princípio, Estados soberanos podem negar-se a aprovar as provisões existentes no TRIPS Plus, mas, na prática, acabam cedendo no que tange a saúde pública para garantir o cumprimento de outros objetivos, como um maior acesso a mercados externos. Além disso, apesar do aumento substancial dos investimentos na pesquisa de doenças negligenciadas, o atual sistema de pesquisa global permanece fragmentado, ineficiente, caro e inadequadamente financiado¹¹⁸.

Governança global para a saúde: principais desafios apontados

Existe uma séria disparidade de poder econômico e de acesso ao conhecimento entre as indústrias e os países de alta renda (que se beneficiariam com o desenvolvimento de um sistema de proteção à propriedade intelectual rigoroso) e os países de mais baixa renda (que teriam que pagar tarifas mais altas e ainda ter o acesso ao conhecimento restringido). Essas disparidades de poder são reforçadas pelas regras institucionais da OMC, que criam uma barreira quase intransponível para a inclusão de qualquer emenda ao TRIPS. O espaço político existente para trabalhar a questão da equidade em saúde em políticas de comércio é pequeno, e a falta de transparência e de participação pública na negociação dos acordos de comércio que incluem provisões relativas à propriedade intelectual representa um sério déficit democrático. Por fim, há uma ausência de instituições apropriadas para assegurar que a pesquisa seja direcionada para onde estão as maiores necessidades do campo da saúde.

Tratados de investimentos e a equidade em saúde

Regulamentação de investimentos transfronteiriços

Investimentos transfronteiriços desempenham um papel muito importante na economia mundial. Por exemplo, estima-se que o capital social estrangeiro de corporações transnacionais (ou seja, o total de bens de suas afiliadas estrangeiras) representava por volta de 10% do PIB mundial em 2007. Investimentos estrangeiros diretos foram estimados em US\$ 1,3 trilhão em 2012; e uma parte cada vez maior tem ido para os países em desenvolvimento, que agora recebem mais da metade do total¹¹⁹. O sistema global

que governa os investimentos estrangeiros diretos possui por volta de 3.100 acordos, incluindo acordos bilaterais de investimento ou capítulos sobre investimentos em acordos de parceria comercial ou econômica¹²⁰. Governos assinam tratados bilaterais de investimento para atrair investimentos estrangeiros diretos e para assegurar os investidores de que serão tratados de forma justa em uma jurisdição estrangeira. O objetivo dos tratados bilaterais de investimento é proteger os fluxos monetários, e a sua maioria desconsidera questões como saúde, meio ambiente e trabalho¹²¹. Tais tratados foram recentemente utilizados por empresas para contrapor leis nacionais no campo da saúde. Essa novidade abriu o debate sobre se as regras de investimento transnacional desestimulariam ou prejudicariam as políticas nacionais de saúde, especialmente quando empresas poderosas em termos econômicos se lançam em batalhas legais contra governos de países pobres.

Tratados de investimento que restringem medidas de controle do tabaco

Estima-se que o uso do tabaco tenha matado 100 milhões de pessoas no século XX e que irá causar a morte prematura de mais de um bilhão durante o século XXI, a não ser que o consumo seja reduzido¹²². Em todo o mundo, cresce o consumo de produtos derivados do tabaco. Apesar da taxa de fumantes estar caindo em alguns países de renda alta e renda média alta — fruto de uma série de políticas de controle do tabaco —, essa tendência fez com que a indústria mundial do tabaco saísse a busca de novos consumidores, transferindo esforços para países de renda baixa ou média, onde cerca de 80% dos fumantes do mundo vivem atualmente¹²². A OMS definiu o uso de tabaco como um marcador de iniquidade social, pois as consequências do tabagismo para a saúde são sofridas de forma desproporcional pelos grupos menos favorecidos da sociedade¹²³.

Os governos já negociaram regras para o controle do uso do tabaco, que estão na Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (FCTC)¹²⁴, da OMS. Esse tratado começou a ser implementado recentemente através do aumento de impostos sobre o tabaco, de proibições ou restrições de anúncios, da inclusão de avisos nas embalagens, da regulamentação do produto e da aprovação de políticas sobre poluição do ar. No entanto, essas políticas foram combatidas tanto em âmbito nacional quanto internacional por representarem violações de acordos bilaterais, regionais e multilaterais de investimentos e comércio.

Após assinar a FCTC em 2003, o Uruguai começou a introduzir uma série de medidas de controle do tabaco. Em 2010, contudo, a Philip Morris, empresa da indústria do tabaco, processou o governo por conta de uma lei que exigia a presença de avisos chocantes nas embalagens de cigarro¹²⁵, pois se acredita que são mais eficientes do que avisos que contenham somente texto¹²⁶. Ao invés de levar o caso para uma das cortes nacionais do Uruguai, a Philip Morris apelou para o Centro Internacional para a Arbitragem de Disputas sobre Investimentos, um tribunal internacional sob a égide

do Banco Mundial, em Washington, D.C., nos EUA, criado para dirimir conflitos entre empresas privadas e Estados que assinaram tratados de investimentos. A empresa da qual a Philip Morris faz parte é suíça, e utilizou um tratado bilateral de investimentos entre a Suíça e o Uruguai para defender o caso. Tratados bilaterais sobre investimentos normalmente incluem provisões para a solução de controvérsias entre investidores e Estados, o que permite que empresas estrangeiras contestem judicialmente leis nacionais que venham a reduzir a lucratividade de seus investimentos.

O Uruguai não é um caso isolado. O número de disputas judiciais travadas por empresas contra Estados por terem violado tratados de investimentos aumentou exponencialmente nas últimas duas décadas. Muitos casos ligados à legislação ambiental e de saúde utilizaram tratados bilaterais de investimento e capítulos sobre investimento em tratados de comércio como o Tratado Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA)¹²⁷. Com base em um tratado bilateral de investimento entre Hong Kong e a Austrália, a Philip Morris também se lançou em uma batalha legal contra a lei australiana que exigia que as embalagens de cigarros não contivessem marcas. A empresa também processou o Canadá em 2001, usando o NAFTA como defesa, em resposta a uma proposta do governo que proibia o uso de termos como “leve” e “suave” nas embalagens.

O tabaco não é o único tema relacionado à saúde a ser levado às cortes de solução de controvérsias entre investidores e Estados. Em 2012, a Eli Lilly, uma empresa farmacêutica, questionou judicialmente as normas canadenses para patentes depois de o governo ter cancelado uma patente que detinha para um medicamento¹²⁸. A empresa argumentou que patentes deveriam ser consideradas como garantias aos investimentos e processou o governo por US\$ 500 milhões em compensações¹²⁹.

Determinantes políticos da saúde e disfunções da governança global

As várias tentativas de regulamentação dos investimentos estrangeiros diretos foram malsucedidas. Mais recentemente, o Acordo Multilateral de Investimentos da OCDE e outras propostas de regulamentos internacionais para investimentos durante a Rodada Doha da OMC também falharam, especialmente devido à oposição dos países em desenvolvimento e de grupos da sociedade civil que consideraram que os acordos colocavam o direito dos investidores acima da soberania dos Estados¹³⁰. Contudo, a complexa teia de regras transnacionais vigentes atualmente foi tecida com muito menos escrutínio do que o quadro multilateral proposto, levando a existência de um sistema fragmentado formado por acordos bilaterais e regionais, nos quais a saúde recebeu pouca ou nenhuma consideração^{130,131}. Em face de um processo iniciado, por exemplo, por uma corporação transnacional, com base em um tratado bilateral de investimentos, os governos nacionais podem revisar suas regulamentações, pagar compensações ou desistir de alguma política para evitar os custos do litígio.

Ademais, já foi dito que o processo de arbitragem so-

fre de um sério déficit democrático. A existência de casos, argumentos e decisões finais pode ser mantida em regime de confidencialidade, fazendo com que o público não possa avaliá-los, mesmo quando tangem questões importantes de cunho público. Além disso, algumas questões foram levantadas em relação à legitimidade de um sistema no qual três juízes — que comumente vêm de firmas de advocacia que representam clientes nesses tribunais — tomam decisões a portas fechadas sobre assuntos cruciais para a formulação de políticas públicas. Tanto teórica quanto praticamente, o processo de solução de controvérsias relativas a acordos de investimentos reflete as grandes desigualdades de poder entre quem tem os recursos financeiros (investidores e empresas) e os governos, especialmente aqueles dos países em desenvolvimento.

Contestando a lei

Quando a Philip Morris objetou-se a uma lei do país, o governo uruguaio, inicialmente, considerou aceitar e mudar sua lei. Contudo, a comunidade global de controle do tabaco se mobilizou para facilitar o acesso a serviços legais especializados para responder à contestação no Centro Internacional para a Arbitragem de Disputas sobre Investimentos¹³². O peso normativo da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco e as robustas redes formadas pela sociedade civil para apoiar sua implementação conseguiram contrapor o regime de investimentos.

O governo australiano recentemente derrotou, na Suprema Corte Australiana, a contestação, por parte da Philip Morris, da lei que exigia que as embalagens de cigarro não contivessem marcas, mas a contestação feita com base no tratado de investimento através da OMC continua. Em 2012, o governo sul-africano anunciou que não renovaria 13 tratados bilaterais de investimentos que havia assinado com membros da União Europeia, pois empresas europeias os haviam usado para contestar as leis trabalhistas nacionais¹³³.

Governança global para a saúde: principais desafios identificados

Os casos de contestação de medidas de controle do tabaco mostram que, por vezes, os governos conseguem defender seus regulamentos de saúde pública, mesmo em face de recursos financeiros e legais desiguais, e que Estados soberanos podem, em alguns casos, sair de acordos internacionais que infringem de forma inaceitável o espaço político nacional. Esses exemplos, contudo, são raros. As normas globais de defesa dos interesses do mercado prevalecem sobre outras questões, como demonstrado pela proliferação de tratados bilaterais de investimento e do aumento do número de controvérsias entre investidores e Estados. O caso das patentes no Canadá, por exemplo, mostrará até que ponto a solução de controvérsias entre investidores e Estados pode ser aplicada a novos campos. Os repetidos apelos por mais transparência na solução de controvérsias ligadas a investimentos gerou poucas mudanças significativas no modo

através do qual os tribunais funcionam.

O regime global de investimentos demonstra como questões de saúde pública podem ficar subordinadas aos interesses de empresas privadas. Existem grandes disparidades entre empresas multinacionais da indústria do tabaco e países em desenvolvimento no que tange o acesso aos dispendiosos serviços legais especializados necessários para a resolução de litígios em um tribunal internacional de investimentos. Além disso, as empresas podem se beneficiar da falta de transparência nos trâmites, o que as protege do escrutínio do público e impede um desgaste de sua imagem.

Vários problemas existentes no sistema de governança global contribuem para essa situação. Primeiro, a natureza confidencial dos trâmites dos julgamentos de solução de controvérsias gera um déficit democrático. Segundo, ao passo em que existem instituições poderosas dedicadas à proteção dos direitos dos investidores, são fracos os mecanismos dedicados a responsabilizar investidores pelos efeitos negativos de seus processos judiciais sobre a saúde. Por fim, é notoriamente difícil modificar acordos de investimento: houve algum avanço, mas tem sido complicado aumentar de forma significativa a transparência do sistema¹³⁴.

Alimentação e equidade em saúde

A natureza política da nutrição

Olivier de Schutter, Relator Especial da ONU sobre o Direito à Alimentação observou: “No mundo todo, uma em cada sete pessoas é subnutrida, e muitas mais sofrem com a chamada ‘fome oculta’, tendo deficiência de micronutrientes, ao passo em que 1,3 bilhões de pessoas estão acima do peso ou são obesas”¹³⁵. De Schutter aponta um paradoxo central existente no campo da alimentação e da nutrição em nível global atualmente: enquanto bilhões passam fome, outros milhões têm doenças relacionadas à obesidade. Ao mesmo tempo, a produção de alimentos vem aumentando globalmente e, atualmente, cobre 120% das necessidades dietéticas da população mundial^{2,136}.

As condições em que se dão a fome e a obesidade em um determinado país estão sujeitas a processos políticos locais, nacionais e globais. Há três décadas, Amartya Sen¹³⁷ argumentou que o status nutricional não é determinado somente pela disponibilidade de alimentos, mas também por fatores políticos como a existência de um regime democrático e o protagonismo político. O processo político que produz e distribui poder e recursos nos níveis local, nacional e global determinam o modo como as pessoas vivem, como se alimentam e, em última instância, suas condições de saúde¹³⁸. A carga dupla representada pela sobrenutrição e a subnutrição é, portanto, um problema de iniquidade.

Insegurança alimentar e iniquidade em saúde

A expressão “segurança alimentar” é definida como o acesso físico, social e econômico de todas as pessoas, a qualquer momento, a alimentos suficientes, seguros e nutritivos que atendam às necessidades dietéticas e às preferências individuais e que levem a uma vida ativa e saudável¹³⁹. Os

sistemas de produção de alimentos dos países são cada vez mais influenciados por atividades ocorridas em nível global, o que, com frequência, pressiona ainda mais a segurança alimentar de lares desfavorecidos. Analistas já apontaram para uma série de fatores de nível global capazes de influenciar a segurança alimentar, como os acordos de comércio na área da agricultura¹⁴⁰, a volatilidade de preços^{141,142}, a especulação financeira^{143,144}, a troca de plantações destinadas ao mercado interno por plantações de commodities agrícolas destinadas à exportação^{143,145}, e a venda de alimentos pouco saudáveis por grandes empresas¹⁴⁶.

As transformações ocorridas no sistema global de alimentação influenciam de forma crucial a existência de uma carga dupla, onde, paradoxalmente, a obesidade coexiste com a fome e a subnutrição¹⁴⁷. O consumo excessivo de gorduras e açúcares — ricos em calorias — leva à obesidade, que, atualmente, está ultrapassando o uso do tabaco como maior fator prevenível gerador de carga de doença em algumas regiões¹⁴⁸. Como são altamente processados, é muito comum que alimentos ricos em calorias tenham uma boa relação preço-energia¹⁴⁹. Assim, as condições sociais e econômicas acabam por gerar um gradiente social no que tange à qualidade da dieta¹⁵⁰.

A maioria das pessoas que vivem com menos de US\$ 1,25 por dia vivem em áreas rurais, onde dependem, em grande parte, da agricultura¹⁵¹. A volatilidade de preços de alimentos em nível global, portanto, os afeta enquanto tanto consumidores quanto produtores. Recentemente, o preço dos alimentos tem sofrido muita variação, especialmente em 2007/2008, quando o preço de alimentos básicos subiu drasticamente, chegando a um aumento de 70% em relação ao seu valor em 2002/2004¹⁵². Como consequência disso, o número de pessoas vivendo em situação de pobreza extrema aumentou de 130 para 150 milhões¹⁵³, e muitas revoltas aconteceram em países em desenvolvimento, ameaçando a estabilidade de vários governos. Pelo menos 40 milhões de pessoas passaram fome ou ficaram em situação de insegurança alimentar por conta da crise de preços de alimentos de 2008, ano no qual o total de famintos em nível mundial chegou a 963 milhões de pessoas¹⁵⁴. Foram os países mais pobres que mais sofreram com o aumento de preço dos alimentos.

Insegurança alimentar em uma economia globalizada

Muitos países de renda baixa liberalizaram suas economias nos anos 1980, frequentemente por conta de condicionais atreladas a empréstimos estrangeiros. O comércio de alimentos vinha acontecendo externamente ao sistema multilateral até que o Acordo sobre Agricultura de 1994 da OMC colocou os alimentos sob a égide da OMC. O acordo obrigava membros da OMC a aumentar o acesso a seus produtos agrícolas e a reduzir subsídios domésticos e de exportação. Muitos países pobres achavam que conseguiriam um acesso maior aos lucrativos mercados de países de alta renda com a liberalização do comércio agrícola, mas suas expectativas frequentemente foram frustradas. Países de alta renda já

estavam em condição de vantagem quando o acordo foi assinado, visto que eram os únicos Estados que subsidiavam de forma substancial suas exportações e só precisavam reduzir seus subsídios em termos de valor, ao passo em que os países em desenvolvimento não possuíam subsídios e não podiam introduzi-los após a assinatura do acordo¹⁵⁵.

O uso contínuo de subsídios agrícolas vem permitindo que os EUA e a União Europeia exportem seus excedentes de produção para países de renda baixa ou média, causando o deslocamento da produção local de alimentos e fazendo com que pequenos agricultores fiquem mais dependentes de alimentos importados, o que, com frequência, aumenta seus níveis de insegurança alimentar^{76,155}. Há também uma obrigação cada vez maior imposta aos países em desenvolvimento de reduzirem suas tarifas de importação, seus subsídios às exportações e a ajuda oferecida à agricultura nacional, além de abrirem seus mercados para o investimento estrangeiro direto, fazendo com que agricultores locais fiquem cada vez mais expostos e vulneráveis à volatilidade dos preços dos alimentos¹⁵⁶.

A liberalização do comércio também contribuiu para a escalada da pandemia global de obesidade¹⁵⁷. O aumento da penetração de corporações multinacionais do ramo alimentício em países de renda média vem sendo associada a um aumento no consumo de produtos pouco saudáveis como refrigerantes e alimentos processados, contribuindo para o aumento da prevalência de doenças não transmissíveis^{146,149}. Essas transformações nos padrões dietéticos e as constantes mudanças nos desafios apresentados pela nutrição ocorrem por conta da integração cada vez maior de produção, transporte e distribuição nas cadeias de valor das empresas, o que afeta desde agricultores até consumidores. Com a expansão dos mercados globais na América Latina, na Ásia e na África, o acesso ao mercado mundial de alimentos fica cada vez mais difícil para os pequenos produtores¹⁵⁸. O domínio do mercado por um punhado de agentes com poder de barganha cada vez maior pode fazer com que o mercado de alimentos global torne-se indiferenciado e que o bem-estar do consumidor seja medido apenas pelo preço, ao invés de sê-lo pelo valor nutritivo dos alimentos ou de seus efeitos sobre a saúde¹⁵⁸.

As regras de outros setores — que não o do comércio — também afetam os alimentos: por exemplo, acordos internacionais de promoção do cultivo de biocombustíveis ou a liberalização de regras nacionais de investimento, o que permite o arrendamento de terras em larga escala para agentes transnacionais. Na última década, testemunhamos um aumento da quantidade de corporações transnacionais que investem em países nos quais recursos naturais como a terra e a água são abundantes e onde os mercados locais ainda não estão bem integrados à economia global^{159,160}. Com isso, esses agentes aumentaram o seu nível de controle sobre a produção e a distribuição de alimentos globalmente. A crise global dos alimentos de 2007/2008 trouxe mais atenção política para o modo através do qual deficiências na governança dos alimentos afetam a segurança alimentar

em nível global, e enfatizaram os efeitos adversos gerados pela existência de mercados financeiros desregulados. Alguns analistas comentaram que o aumento do preço das commodities agrícolas reflete um câmbio na demanda por alimentos em economias emergentes em favor da carne (o que aumentou a produção de ração animal) e um aumento na demanda por biocombustíveis, levando a uma queda na produção das commodities¹⁶¹. Contudo, estudos vêm mostrando que o excesso de especulação financeira no mercado mundial de grãos acelerou a crise^{142,162}. Com a queda em outros mercados financeiros, investidores entraram em massa no mercado de futuros de commodities agrícolas¹⁴⁴. As condições nas quais se permitiu ocorrer a especulação no mercado de commodities essenciais exacerbou, em grande parte, o efeito dos mecanismos normais de oferta e demanda desses mercados. Assim, apesar da propagação dos biocombustíveis e do câmbio na demanda por alimentos em economias emergentes terem catalisado uma enorme bolha especulativa, o crescimento dos futuros de commodities foi a razão essencial para o excesso de volatilidade nos preços dos alimentos^{142,163}.

Desigualdade de poder e divergência de interesses

Muitos agentes são responsáveis por vários aspectos da segurança alimentar: autoridades nacionais, latifundiários, organizações multilaterais, indústrias transnacionais e autoridades regulatórias de setores como saúde, agricultura e comércio. Juntos, formam um complexo de interesses divergentes e coincidentes¹⁶⁴⁻¹⁶⁶, com níveis distintos de poder e, portanto, capacidades diferentes de influenciar estruturas e processos.

Geralmente, instituições, acordos e leis das áreas de finanças e comércio são mais fortes que aquelas ligadas à segurança alimentar^{164,166,167}. Por exemplo, a capacidade dos Estados (onde os investidores estão registrados) de forçá-los a trabalharem de forma a não violar a segurança alimentar é prejudicada pelo excesso de proteção e a falta de regulamentação dos investidores¹⁶⁸. Ademais, não há nenhum mecanismo supranacional que faça a mediação entre a orientação normativa da OMC — cujo principal objetivo é a liberalização dos mercados e a redução da intervenção dos Estados na economia — e a do sistema de direitos humanos da ONU — cujo principal objetivo é obrigar Estados a respeitar e cumprir os direitos humanos (tais como o direito à alimentação), especialmente os das populações mais vulneráveis¹⁶⁸. Além disso, devido ao processo decisório por consenso da OMC, é difícil modificar as atuais regras que regem o comércio de produtos agrícolas no sentido de proteger a saúde.

Tradicionalmente, tem sido baixo o nível de participação política na governança global de alimentos e da agricultura por parte de grupos afetados pelas políticas da área (por exemplo, pequenos produtores rurais, comunidades marginalizadas e povos indígenas)^{169,170}. Outrossim, agentes do mercado (como corporações transnacionais e especuladores financeiros) aumentam cada vez mais sua capacidade

política de influenciar processos decisórios em nível global, sem qualquer responsabilidade quanto a leis internacionais que protegem populações vulneráveis^{155,171}. O movimento internacional de agricultores 'La Via Campesina' argumenta que pequenos produtores deveriam ter um papel dominante na política agrícola e que esse só será conquistado se as comunidades locais tiverem melhor acesso aos recursos produtivos (e controle sobre eles), além de maior influência social e política sobre os processos regulatórios internacionais que afetam a segurança alimentar^{169,172}.

Reformando a arquitetura da governança global

A falha da governança global sobre o mercado de alimentos exposta pela crise dos preços de 2007/2008 produziu uma sensação de urgência por reformas institucionais¹⁶⁴. A arquitetura do sistema de segurança alimentar global parecia fragmentada e desarticulada, refletindo discórdias fundamentais quanto à melhor maneira de garantir a segurança alimentar. Em 2008, o Conselho de Chefes Executivos da ONU criou uma força tarefa de alto nível sobre a crise global de segurança alimentar que incluía agências das Nações Unidas, o Banco Mundial, o FMI, a OCDE, e a OMC. Essa força tarefa produziu um Quadro de Ação Global sobre a Segurança Alimentar que defendia dois focos de ação política: a implementação de sistemas de proteção social, e a criação de políticas de estímulo ao aumento da capacidade de produção, da resiliência e dos meios de rendimentos através de investimentos que tenham como prioridade os interesses de pequenos agricultores.

Outra iniciativa notável foi a reforma do Comitê de Segurança Alimentar Mundial (originalmente criado em 1974 enquanto comitê intergovernamental, na FAO), realizada em 2009. Foi uma reforma inclusiva que, pode-se dizer, fez o Comitê passar de um fórum de discussão ineficiente a um fórum inclusivo e de autoridade na formulação de políticas¹⁶⁴. Atualmente, através do Comitê, agentes não estatais podem participar de forma significativa junto aos Estados membros. Além disso, o Comitê presta atenção especial a organizações que representem pequenos produtores rurais e consumidores urbanos desfavorecidos¹⁶⁴. Ademais, um painel de alto nível de especialistas em segurança alimentar e nutrição também foi criado e inclui agentes da sociedade civil, acadêmicos e pesquisadores. Esse organismo científico e independente faz propostas baseadas em evidências, a partir do conhecimento de um amplo leque de especialistas, e é peça fundamental do Comitê. Esses esforços sinalizam que há um reconhecimento maior da necessidade de se trabalhar sobre as causas estruturais dos problemas existentes na governança global da alimentação.

Governança global para a saúde: principais desafios identificados

Agentes poderosos tomam decisões que geram consequências importantes para a segurança alimentar. Contudo, quando entre seus objetivos centrais não estão nem a segurança alimentar nem a saúde humana, a saúde pode —

isso acontece com frequência — ser prejudicada por suas atividades. Existem disparidades de poder econômico gritantes entre, de um lado, famílias que gastam uma parcela grande de sua renda em alimentação e países pobres importadores de alimentos, e, do outro, investidores e empresas que se beneficiam da especulação de preços de commodities agrícolas e países exportadores de alimentos. É preciso criar novas instituições que regulem a especulação sobre alimentos^{144,173}.

Os efeitos negativos dos determinantes políticos globais sobre a segurança alimentar mostram que o sistema de governança global possui sérias deficiências: nenhuma instituição global tem autoridade para garantir a segurança alimentar, nem tem esse objetivo como responsabilidade; é difícil mudar as atuais regras do comércio de produtos agrícolas para melhor proteger a saúde; e não existem mecanismos através dos quais agentes poderosos possam ser responsabilizados pelas consequências de suas decisões sobre a saúde.

Conduta das corporações transnacionais e a saúde

Resíduos tóxicos na Costa do Marfim — quem é o responsável? Grandes empresas fazem negócios em escala global e dominam a produção e a comercialização de bens e serviços no mundo. Esta situação afeta a vida de pessoas e comunidades de diversas maneiras: suas condições de trabalho (nas fábricas, campos, minas); seus padrões de consumo (por exemplo, através da propaganda); e especialmente as condições do meio ambiente onde vivem.

O despejo de resíduos tóxicos em Abidjan, na Costa do Marfim, mostra claramente como empresas transnacionais desregulamentadas podem afetar de forma negativa a saúde. Na manhã de 20 de agosto de 2006, os moradores da cidade do oeste africano acordaram com um cheiro repugnante. Resíduos tóxicos foram despejados em pelo menos 18 locais ao redor da cidade, perto de residências, escritórios, escolas e plantações. As pessoas começaram a sentir náusea, dor de cabeça, dores abdominais, ardência nos olhos, queimação na pele e terem dificuldade para respirar¹⁷⁴.

A situação na Costa do Marfim foi gerada pela interação de fatores nacionais e globais: o resíduo tóxico foi transportado pelo navio Probo Koala, arrendado pela companhia de comercialização de commodities, Trafigura, com sede na Europa. A companhia recorreu a empresas em diversos países para processar os resíduos tóxicos ao preço que ela se dispunha a pagar. Sua atuação abrange o Mediterrâneo, Holanda, Estônia, Nigéria e mais recentemente, a Costa do Marfim, onde contratou uma empresa sem experiência e capacitação para lidar com este tipo de resíduo.

Quando o incidente ocorreu, a Costa do Marfim emergia de uma séria crise política e militar em que as instituições governamentais foram radicalmente enfraquecidas. Centros de saúde e hospitais ficaram sobrecarregados e agências internacionais foram designadas para ajudar a assepsar a equipe médica local nas semanas seguintes. Menos de dois meses depois, os centros de saúde haviam registrado mais

de 107.000 pessoas afetadas pelos resíduos. Autoridades nacionais atribuíram ao menos 15 mortes à exposição tóxica¹⁷⁴. Nenhum estudo epidemiológico ou de monitoramento de saúde foi realizado para avaliar os efeitos sobre a saúde em médio e longo prazo. Informações precisas sobre a composição dos resíduos nunca foram divulgadas ao público. Questões mais importantes clamam por resposta: por que isto aconteceu precisamente lá e quem deve ser responsabilizado?

A falta de regulamentação das atividades transnacionais e seus efeitos sobre a equidade em saúde

Sérias preocupações têm sido manifestadas com relação aos efeitos das corporações transnacionais no bem-estar humano, especialmente em jurisdições onde a autoridade reguladora governamental é deficiente. Uma gama de regulamentações discricionárias e iniciativas de responsabilização corporativa foram criadas em diversos setores para suprir a lacuna do governo. No entanto, empresas continuam usando as diferenças de regulamentação entre os países para maximizarem seus lucros.

O despejo de resíduos tóxicos em Abidjan é exemplo de como os sistemas de governança global e de aplicação da legislação internacional não conseguem acompanhar as atividades das empresas que operam de forma transnacional. A Trafigura conseguiu explorar todas as ambiguidades legais e brechas jurisdicionais, com consequências devastadoras. As relações que colocam as atividades sem regulamentação das corporações transnacionais de um lado, e a saúde de outro, não estão restritas ao manejo de substâncias tóxicas. Indústrias de extração nos setores de petróleo, gás e mineração são, há muito tempo, reconhecidas como as mais danosas ao meio ambiente, à saúde e à sustentabilidade¹⁷⁵. A indústria da mineração, por exemplo, possui uma alta taxa de mortalidade ocupacional¹⁷⁵⁻¹⁷⁷. Envenenamentos e exposição acidental a produtos tóxicos nas indústrias matam cerca de 355.000 pessoas anualmente¹⁷⁸, sendo os países em desenvolvimento responsáveis por dois terços das mortes associadas a este tipo de exposição¹⁷⁹⁻¹⁸¹.

Não são só os trabalhadores que acabam por arcar com os custos das atividades da indústria extrativista, mas também as comunidades e seu meio ambiente. No caso da mineração, contaminantes tóxicos — como arsênico, metais pesados, ácidos e alcanos — podem ser descartados no meio ambiente, atingindo a água, o solo e a cadeia alimentar. Na agricultura industrial e nas atividades fabris, poluentes podem ser despejados diretamente no meio ambiente¹⁷⁶.

Investimentos estrangeiros diretos e espaço político

O investimento estrangeiro direto é amplamente aceito como meio importante através do qual países podem crescer economicamente e desenvolver-se¹⁸². Seus defensores argumentam que a falta de regulamentação e o investimento estrangeiro direto são bons para a saúde, pois esta liberalização leva ao crescimento econômico e gera novas riquezas, que, por sua vez, são capazes de resgatar mais

peças da pobreza. Entretanto, Anand e Sen¹⁸³ alertam para o fato de que o efeito pode ser o contrário, aumentando a desigualdade e a deterioração do bem-estar humano. Um sistema complexo de normas e regulamentos globais vem sendo criado para proteger e estimular o fluxo de capitais, mas exclui grande parte das questões de políticas públicas, como saúde, meio ambiente e trabalho¹²¹.

Para os governos receptores, a atividade das corporações transnacionais pode ajudá-los a incrementar o crescimento econômico, o que os leva a apoiar e estimulá-las a se expandirem através de incentivos fiscais. Alguns países têm desregulamentado suas normas de trabalho e de meio ambiente, bem como limitado a tributação de empresas. Assim, acabam por limitar o seu próprio espaço político.

Grupos da sociedade civil — incluindo ONGs, sindicatos de comércio, comunidades locais e a povos indígenas — têm feito importantes críticas à falta de regulamentação sobre as corporações transnacionais. Chamaram a atenção e documentaram o sofrimento de comunidades afetadas, a exploração dos recursos naturais, a degradação ambiental e a deterioração de padrões trabalhistas. Reivindicaram o aumento do espaço político para que seja possível criar políticas públicas legítimas nos países receptores dos investimentos. Enfatizaram a necessidade de maior transparência nos contratos e a inclusão de normas ambientais e trabalhistas essenciais nos tratados firmados¹⁸⁴⁻¹⁸⁶.

Direito internacional, normas e iniciativas de monitoramento

Leis e normas internacionais têm um papel importante — porém insuficiente — na regulamentação de corporações transnacionais. Embora as comunidades dos países receptores recebam, em geral, pouca proteção contra as atividades de corporações transnacionais, o investimento estrangeiro direto é protegido por tratados firmados entre países e empresas, que resguardam o investidor¹⁷⁵. As controvérsias podem ser levadas ao CIADI, Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos, que oferece conciliação e arbitragem em litígios envolvendo investimentos entre Estados e cidadãos de outros Estados. Tradicionalmente, tratados de investimento estrangeiro direto protegem os investimentos em solo estrangeiro e, portanto, favorecem empresas e seus países de origem. Normas vinculantes de compensação por danos causados em solo estrangeiro são, entretanto, menos avançadas.

Os Princípios Orientadores da ONU sobre Empresas e Direitos Humanos¹⁸⁷, de 2011, esclareceram a responsabilidade universal de empresas no que tange o respeito aos direitos humanos e às compensações em caso de violação. Vêm sendo amplamente endossados por entidades governamentais e indústrias, mas não são obrigatórios¹⁸⁸. Leis internacionais coercitivas, como a Convenção da Basileia sobre Movimentos Transfronteiriços de Resíduos Perigosos e seu Depósito¹⁸⁹, de 1989, ou a Convenção de Minamata sobre Mercúrio de 2013¹⁹⁰, tem por objetivo a proteção da saúde humana e do meio ambiente contra os efeitos nocivos de atividades industriais. Entretanto, mesmo quando estas

convenções são amplamente adotadas, sem um órgão competente para monitorar e impor o seu cumprimento, a efetiva implementação das normas fica a critério dos Estados, individualmente.

Tribunais nacionais podem, por vezes, exercer seu poder extra-territorialmente para forçar a responsabilidade por danos causados fora do país. Um exemplo é a Lei de Responsabilidade Civil por Danos Praticados no Estrangeiro (ATCA) dos Estados Unidos¹⁹¹, que tem sido usada por advogados há várias décadas para levar casos de danos cometidos em solo estrangeiro aos tribunais dos Estados Unidos; entretanto, uma decisão recente da Suprema Corte dos Estados Unidos restringiu drasticamente a aplicação desta lei, levantando sérias dúvidas sobre sua função como mecanismo eficaz na promoção da responsabilidade transnacional¹⁹². Em esfera internacional, existe apenas um pequeno número de tribunais que trata de um conjunto restrito de matérias e que tem muito pouca jurisdição sobre as corporações. Em um esforço para avançar além da conduta puramente discricionária, procedimentos para a avaliação, a classificação e o monitoramento independente das atividades das corporações transnacionais foram implementados. A rede Publish What You Pay é exemplo da união estratégica de organizações da sociedade civil para estimular a transparência e a responsabilidade das indústrias extrativistas¹⁹³. De forma similar, a Iniciativa para a Transparência nas Indústrias Extrativistas¹⁹³, de ação global, promove maior controle nos países ricos através da publicação integral e da análise dos pagamentos de empresas e de receitas governamentais advindos do petróleo, do gás e da mineração. Outros esforços de aprimoramento da responsabilidade corporativa incluem a realização de investimentos socialmente sustentáveis, que mobiliza recursos financeiros de grandes investidores institucionais, influenciando, assim, as práticas comerciais das corporações transnacionais.

Governança global para a saúde: principais desafios identificados

Muito já foi feito no sentido de aprimorar a governança global de corporações transnacionais, mas, como demonstra o exemplo da Trafigura, a estrutura regulatória existente continua inadequada para a proteção da saúde. Existe uma enorme disparidade de poder entre empresas multinacionais — que decidem onde investir e realizar a produção — e os países pobres — que buscam atrair estes investimentos oferecendo baixos custos através, entre outras coisas, da aplicação indulgente de normas trabalhistas, ambientais e sociais.

O desafio de regulamentar corporações transnacionais em uma economia globalizada expõe as graves deficiências do sistema de governança global, que incluem: escassez de regras e códigos de conduta que extrapolem o âmbito voluntário; mecanismos fracos de responsabilização de corporações transnacionais por parte de quem que têm a vida e a saúde mais diretamente afetadas por suas ações; precariedade de instituições capazes de impor o cumpri-

mento de regulamentos, leis e normas internacionais em casos de violações por corporações transnacionais; e a falta de instituições que assegurem que a disputa (por parte dos Estados) pelo investimento estrangeiro direto não gere resultados contrários ao interesse público.

Migração irregular e saúde

Falha na proteção da saúde dos mais vulneráveis

A experiência vivenciada pelos migrantes irregulares (Quadro 3) representa, com frequência, uma barreira de vulnerabilidade social, econômica, psicológica e física. As experiências do crescente número de migrantes ressaltam uma lacuna normativa e institucional essencial na governança global. Apesar dos tratados de direitos humanos vigentes que deveriam, em tese, proteger os migrantes independentemente de sua condição legal em um país, na prática, os Estados são bastante lenientes em relação ao modo como estes migrantes são tratados.¹⁹⁶ Em razão da dificuldade em fazer cumprir a legislação internacional, obrigar os estados a cumprirem normas internacionais relativas aos direitos humanos no modo como tratam seus migrantes é praticamente impossível.

A experiência vivida por um migrante irregular no sistema de saúde da Noruega mostra claramente como as restrições impostas pelas políticas nacionais podem acarretar falhas na proteção da saúde das pessoas mais vulneráveis¹⁹⁷. Um homem de 42 anos viajou durante horas de um centro de recepção de refugiados no sul da Noruega em busca de atendimento na clínica de saúde para imigrantes sem documentação em Oslo. Ele era portador do HIV, mas procurava atendimento em razão de uma dor constante e insuportável no quadril. No centro de recepção de refugiados, ele foi examinado por um médico que o encaminhou para uma avaliação ortopédica no Hospital da Universidade de Oslo, onde especialistas diagnosticaram deficiência articular e o encaminharam para uma cirurgia para implante de prótese no quadril. Entretanto, o departamento cirúrgico do hospital recusou-se a executar o procedimento, pois seu requerimento de asilo havia sido negado, estando, assim, o homem em condição ilegal.

O hospital que recusou a cirurgia foi o mesmo onde ele recebera tratamento ambulatorial para o HIV, sem custos e independentemente de sua condição ilegal. O tratamento

Quadro 3: Definindo migrantes irregulares

Um migrante irregular (ou sem documentação) é alguém que não possui o status legal necessário para transitar pelo país onde está. O termo se refere a pessoas que adentraram o território do Estado sem autorização (por exemplo, para entrar com contrabando) e àqueles que entraram no país de forma legal, mas que, posteriormente, perderam sua autorização de permanência. A perda do status legal pode ocorrer, por exemplo, quando o migrante fica além do prazo de seu visto ou autorização de residência, teve o status de refugiado negado, ou porque seu empregador retirou, de forma arbitrária, uma autorização de trabalho vinculada ao seu status de imigração¹⁹⁵.

contra o HIV é enquadrado pela Lei de Doenças Contagiosas da Noruega, que garante o acesso à avaliação, diagnóstico e tratamento médico gratuito para qualquer pessoa no país, independente de sua condição legal. No entanto, se o hospital tratasse de seu quadril, não seria reembolsado dos custos¹⁹⁸.

Desrespeito aos direitos de migrantes irregulares

Embora as informações sobre a saúde de migrantes, especialmente aqueles em condição irregular, sejam escassas, diversos estudos sugerem que, via de regra, migrantes são mais vulneráveis a doenças do que a população não migrante, tanto durante o seu percurso entre os países de origem e de destino, quanto durante sua estadia no país de destino. As barreiras à circulação de pessoas criadas pelos Estados para o controle da migração — assim como a abundância de contrabandistas e traficantes — transformou a migração irregular em uma experiência perigosa¹⁹⁶. Durante sua permanência no país de destino, migrantes podem tornar-se mais vulneráveis a doenças contagiosas (como a tuberculose, o HIV/Aids e a hepatite B), doenças não contagiosas (como o diabetes), doenças ocupacionais, problemas de saúde mental e de saúde materna e infantil, quando comparados aos não migrantes^{199,200}. Este aumento na vulnerabilidade a doenças está intimamente ligado às condições de vida e de trabalho e à sua condição legal no país de destino, que determina seu acesso aos serviços sociais e de saúde^{199,201,202}.

Em geral, em função de sua situação migratória, de seu grupo étnico e da exclusão social, migrantes estão desproporcionalmente expostos às más condições socioeconômicas^{203,204}, além de sujeitos a trabalhar em condições de exploração, onde as normas pertinentes não são aplicadas^{195,205}. Além disso, em muitos países, os migrantes ilegais são amplamente excluídos dos serviços sociais e de saúde²⁰⁶, o que os deixa em condição de saúde mais precária do que os migrantes legais. Na União Europeia, por exemplo, a maioria dos países oferece apenas tratamento de emergência para imigrantes sem documentação. Ademais, o medo da deportação restringe ainda mais a utilização dos serviços de saúde por imigrantes.

O mundo tem aproximadamente 214 milhões de migrantes internacionais, que representam 3,1% da população mundial²⁰⁷. Uma gama de fatores complexos e inter-relacionados — incluindo conflitos, desastres ambientais e baixa condição socioeconômica — pode levar pessoas a abandonarem seus países de origem em busca de territórios e regiões desconhecidos. Muitas são chamadas de “migrantes por sobrevivência”, pois migram em razão das desesperadoras situações econômicas e sociais em que se encontram, mas não se enquadram na definição de “refugiado” presente na Convenção de Refugiados de 1951¹⁹⁶. Desde os anos 1980, o número de migrantes irregulares aumentou rapidamente, tendo a migração irregular se tornado uma das formas de migração que mais rápido cresce no mundo²⁰⁸. As informações obtidas dos programas de regularização e outras fontes do gênero sugerem que deve haver por volta

de 30 ou 40 milhões de migrantes irregulares globalmente e que estes representem 15-20% de todos os migrantes internacionais^{209,210}.

O aumento da migração irregular reflete escolhas políticas e definições legais pouco adaptadas à realidade atual e não somente uma mudança nos padrões de migração. Apesar de diversas sociedades precisarem de mão-de-obra com baixa ou média qualificação, os Estados tendem a estimular e legitimar a imigração de alta qualificação e limitar ou deslegitimar a imigração de mão-de-obra pouco qualificada por conta de uma oposição política temerosa de que imigrantes de baixa qualificação possam prejudicar as condições de trabalho ou tomar os empregos dos trabalhadores locais¹⁹⁵.

Apesar de que a contribuição de trabalhadores imigrantes irregulares para a economia deveria ser reconhecida, a imigração irregular destinada ao trabalho não é tão facilmente aceita pelos países anfitriões, e o debate sobre quem tem responsabilidade sobre os trabalhadores imigrantes irregulares continua¹⁹⁵. O fluxo de imigrantes de baixa qualificação para regiões mais desenvolvidas, por conseguinte, acaba ocorrendo por meios clandestinos pela falta de categorias de migração que permitam a entrada dessas pessoas por meios legais²¹¹. Nos países de destino, os imigrantes irregulares têm apenas direitos mínimos e dispõem de poucos mecanismos para assegurar que estes sejam cumpridos. Como observado no exemplo norueguês, os direitos dos imigrantes irregulares são respeitados apenas em caso de emergência, ou quando a observância destes direitos também gera benefícios diretos para a população local, como no caso de garantir tratamento para doenças infecciosas. Para além deste mínimo, o acesso à assistência é restrito e oferecido, em sua maioria, por entidades de caridade²⁰⁶.

Adoção inadequada de normas de direitos humanos
O fluxo transnacional de migrantes irregulares questiona até que ponto os direitos humanos — e o valor e dignidade humanos refletidos neles — podem ser considerados universais. Garantir o cumprimento universal dos direitos humanos de migrantes irregulares e sua inclusão em legislações nacionais é um desafio colossal, e não há um órgão competente para fixar normas e padrões. Embora a lei universal de direitos humanos e a lei internacional de migração estabeleçam certas obrigações legais aos Estados visando a proteção e o respeito dos direitos dos imigrantes dentro de suas jurisdições, as políticas nacionais de promoção social, em geral, não contemplam estes direitos, visto que existem apenas mecanismos ineficazes de responsabilização dos Estados em relação a suas obrigações quanto aos direitos humanos^{196,212,213}.

Na prática, os direitos dos migrantes irregulares são protegidos de maneira insuficiente¹⁹⁵. Esta proteção inadequada persiste apesar da existência de diversas normas fixando a responsabilidade dos Estados na proteção e na observância dos direitos humanos dos migrantes em situação de vulnerabilidade^{196,212,214}. Esta situação reflete parcialmente a falta de diretrizes internacionais sobre a aplicação das normas de direitos humanos no caso dos migrantes irregulares em si-

tução vulnerável. Além disso, também reflete a ausência de uma divisão clara da responsabilidade pela proteção destes migrantes entre as organizações internacionais¹⁹⁶. Embora o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) tenha como missão a proteção dos direitos e do bem-estar dos refugiados, não existe qualquer mecanismo de promoção do cumprimento de normas internacionais de direitos humanos por parte dos governos — ao invés disto, cada Estado tem a prerrogativa de avaliar sua importância na formulação de suas políticas nacionais.

Proteção de migrantes irregulares na agenda política

O aumento da atenção dada pela mídia às terríveis condições de vida e ao modo perigoso através do qual migrantes irregulares viajam tem aumentado a preocupação internacional com direitos humanos¹⁹⁶. Organizações civis e religiosas, grupos de trabalho e ONGs têm aumentado sua atuação nesta questão. A Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho defendem cada vez mais a necessidade de proteção dos direitos de migrantes irregulares. O Conselho Europeu, em 2006, adotou uma resolução sobre o tema¹⁹⁶. O Grupo Consultivo para o Piso de Proteção Social da Organização Internacional do Trabalho recomendou que esforços especiais sejam feitos para que as políticas alcancem os migrantes irregulares⁴⁵. A Comissão Global sobre Migração Internacional e o ACNUR declararam a necessidade de que os migrantes irregulares sejam protegidos²⁰⁸, e o Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde, Anand Grover, apresentou ao Conselho das Nações Unidas sobre Direitos Humanos uma série de recomendações destinadas a garantir que o direito à saúde de todos os trabalhadores migrantes, incluindo aqueles em situação irregular, seja respeitado, protegido e cumprido²¹⁵.

No entanto, até o momento, os Estados têm relutado em se comprometerem com novos tratados formais multilaterais de proteção do direito de migrantes. A única estrutura globalmente aceita para a proteção de migrantes que trata especificamente do migrante irregular (a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias, de 2003) foi ratificada por apenas 47 países, e nenhum dos países que mais recebem imigrantes reconhece os direitos dos imigrantes irregulares especificados na convenção²⁰⁸. Ao invés de firmar tratados, os países que mais recebem imigrantes preferem aumentar a cooperação sobre migração através de processos consultivos regionais informais ou através de tratados bilaterais¹⁹⁶. Esta prática ressalta os desafios que a soberania pode impor à garantia dos direitos e do bem-estar de todos. Enquanto os Estados não se reunirem e chegarem a um acordo sobre que diretrizes serão utilizadas na aplicação das normas legais existentes no caso de migrantes em situação de vulnerabilidade e para determinar quais organizações internacionais serão responsáveis pela implementação destas diretrizes, os migrantes irregulares provavelmente continuarão esquecidos no sistema¹⁹⁶.
Governança global para a saúde: principais desafios

identificados

Migrantes que cruzam fronteiras em busca de uma vida melhor, em geral, não contam com representação democrática, seja global ou nacionalmente. São desprestigiados pelos países anfitriões, que detêm o poder de determinar sua condição legal e seu respectivo grau de exclusão social, econômica, política e legal na sociedade. A dificuldade para garantir a proteção dos direitos humanos e à saúde de migrantes internacionais irregulares expõe as deficiências no sistema de governança global: mecanismos de responsabilização dos Estados pelas suas obrigações decorrentes de convenções internacionais de direitos humanos ou outras convenções são ineficazes; as instituições destinadas a estabelecer normas para o tratamento de migrantes, especialmente os irregulares, ainda estão em fase embrionária; e os institutos destinados a assegurar que a saúde seja levada em conta na elaboração de políticas de migração também são ineficazes.

Padrões de violência armada e efeitos sobre a saúde

Mudando os padrões de violência

No mundo todo, nos últimos 15 ou 20 anos, os padrões de violência armada vêm se transformando e expandindo para além de suas características tradicionais de conflito armado organizado. Comparados com as vastas guerras entre nações ocorridas no século XX, os conflitos armados entre grandes nações são relativamente raros. As guerras civis — entre governo estabelecido e forças rebeldes — têm diminuído desde seu pico nos anos 1990^{5,217}, embora normalmente durem muitos anos e contribuam para prolongar as crises de refugiados e de desabrigados e para a constante insegurança em áreas de fronteira.

Com os padrões de violência armada surgidos neste século, o regime de governança global deve abordar situações de conflito entre grupos armados dentro dos Estados, travados entre grupos comunitários, sectários ou ideológicos, frequentemente acentuados por ambição de controle de território e recursos^{5,217-219}. Embora estas campanhas de violência armada tenham diversas causas, normalmente afluam na forma de ataques cruéis às populações civis e sérias ameaças à soberania do Estado. Além disso, rapidamente desestabilizam anseios regionais de paz. É possível que as guerras e os conflitos armados sejam as mais poderosas e duradouras ameaças à saúde e ao bem-estar humano^{219,220}.

Efeitos agudos de conflitos armados na morbidade e na mortalidade da população civil

Conflitos armados trazem morte, lesões, deficiência física, doenças e sofrimento psicológico para a população civil²²¹. Apesar de, lamentavelmente, não existirem dados precisos, estimativas mostram que entre 191 e 231 milhões de pessoas morreram em decorrência direta ou indireta dos conflitos ocorridos no século XX^{217,222}. A morte de civis superou em muito o número de combatentes mortos e esta forte preponderância é decorrente de estratégias de guerra escolhidas deliberadamente: a população civil como alvo di-

Quadro 4: O ininterrupto conflito na República Democrática do Congo

Apesar do fim oficial da guerra na República Democrática do Congo (RDC) em 2002, a violência mutuamente devastadora de diversos grupos não governamentais continua sem trégua, gerando efeitos devastadores sobre a população civil. No ocidente do país, ondas recorrentes de ataques a vilarejos e assentamentos — geralmente localizados fora do alcance dos serviços de saúde — têm como alvo direto a população civil, incluindo crianças e idosos²²⁵⁻²²⁶. Os inúmeros ataques letais e não letais aos civis envolvem a prática violenta e disseminada de estupros individuais e coletivos a mulheres, meninas e meninos²²⁷, e aqueles que tentam fugir descobrem que é impossível se esconder ou encontrar um local seguro²²⁵.

O conflito no Congo ocidental está se tornando cada vez mais criminoso, enquanto seus oponentes disputam o controle do território e dos recursos naturais²²⁸. A RDC é rica em minérios, incluindo volframita (tungstênio), diamantes e ouro. Possui ainda reservas de coltan, usado em telefones celulares e outros dispositivos eletrônicos, e cassiterita (estanho), usado na embalagem de alimentos.

A desgraça implícita na morte de civis e o horror da violência sexual causaram indignação internacional. No entanto, devido à política local, até o momento, vem sendo impossível o estabelecimento de um cessar-fogo estável ou um processo durável de desmobilização, desarmamento e reintegração. Milhares de tropas congoleesas, juntamente com as forças de pacificação da ONU, tentaram restaurar a estabilidade e a segurança da região. Entretanto, estes esforços foram infrutíferos. As forças armadas oficiais continuam incapazes de reprimir os incessantes ataques contra civis por parte de diversos grupos rebeldes e forças armadas estrangeiras²²⁹. A assistência humanitária no campo da saúde foi severamente restringida pelo conflito, e os serviços governamentais nas regiões mais inflamadas entraram em colapso²³⁰.

É fundamental que o fim do domínio da violência armada na região seja uma prioridade. Isso irá demandar uma ampla insistência regional e internacional em relação à imposição do estado de direito e à adesão às obrigações contidas em tratados internacionais assinados pelos países envolvidos na violência.

reto; a negligência aos princípios de diferenciação, proteção e proporcionalidade; e a destruição perniciosa dos sistemas de saúde, das funções sociais básicas e da infraestrutura necessária para sustentar a vida e as atividades básicas da população civil²³³.

Nas guerras do século XXI, os dados sobre vítimas civis continuam escassos e incompletos. Ainda assim, as grandes guerras nacionais e internacionais do novo século, como as ocorridas na Síria, Iraque e Afeganistão, têm aniquilado um número de vidas civis estimado em centenas de milhares. Em um dos poucos trabalhos sistemáticos de coleta de dados sobre mortes de civis, o Grupo de Pesquisa de Oxford relatou que a guerra na Síria matou 11.420 jovens com menos de 17 anos de idade em um período de 30 meses²²⁴. A fixação deliberada de estruturas e profissionais de saúde como alvo dos ataques foi manobra recorrente no Iraque e na Síria, e a mesma tática também foi usada na República Democrática do Congo (Quadro 4). Os hospitais do Iraque receberam o nome de “campos de morte”²³¹; na Síria, a maioria dos hospitais em áreas de conflito foi seriamente danificada ou abandonada, e muitos médicos, considerados alvos, foram forçados a fugir do país²³².

Um resultado inevitável do massacre deliberado da população civil é a migração forçada. Quando grupos armados ou exércitos atacam determinados bairros ou comunidades, os seus moradores fogem em massa e, dependendo das limitações geográficas e de segurança, tornam-se desabrigados no país ou refugiados nos países vizinhos. O ACNUR estima que no final de 2011 existiam 42,5 milhões de refugiados e desabrigados, o maior número desde 1994²³³. A duração

média da condição de refugiado é de aproximadamente 20 anos (em 1993 era de 9 anos)²³⁴.

Governança global e conflito armado contemporâneo

Estas terríveis consequências das formas atuais de violência armada ocorridas no curto prazo desafiam a capacidade das instituições de governança global de avaliar e responder. As instituições e estruturas estabelecidas após a Segunda Guerra Mundial para prevenir e limitar guerras tendem a considerar o conflito armado como um evento restrito no tempo e no espaço e a separar as causas políticas das econômicas. Por esta razão, as instituições políticas e de segurança responsáveis aludem a leis (Convenções de Genebra)²³⁵ e quadros conceituais (capítulos 6 e 7 da Carta das Nações Unidas)⁵⁹ e tentam implementar ações no curto prazo, enquanto instituições econômicas mundiais estão relacionados a processos financeiros e de comércio que operam em níveis políticos completamente distintos e em cronogramas de deliberação muito mais lentos.

Entretanto, as guerras do século atual são mais complexas em relação ao tempo e às suas causas ou motivações, além de menos sujeitas ao confinamento espacial, graças a inovações nas tecnologias de comunicação, como a internet. A combinação de exclusão política e socioeconômica, entendida e vivenciada pelas pessoas como uma injustiça social, acaba por incitar atos de violência e leva à mobilização de grandes grupos armados.

A raiz destes conflitos são violações graves e constantes dos direitos humanos. Tratamento injusto de grupos específicos com base em características como raça, etnia, religião, gênero, classe, casta ou ideologia foi identificado como a causa fundamental da deflagração de violência armada organizada^{5,236}. Mudanças repentinas em classes ou grupos favorecidos; exclusão social de grupos; estigmatização e perseguição; remoções compulsórias e expulsões; e a prisão e execução extrajudicial de líderes ou representantes foram identificadas como eventos ou fatores catalizadores^{237,238}.

Contudo, também é evidente que a pobreza crônica, a ocorrência de mudanças abruptas na economia e a criminalidade e a corrupção generalizadas também podem agravar ou exacerbar tensões sociais subjacentes e precipitar conflitos armados. O risco de conflito e violência em qualquer sociedade é, de acordo com o Relatório sobre Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial de 2011⁵, fruto de uma combinação de exposição a tensões internas e externas e incapacidade das instituições competentes de lidar com essas tensões. Tensões externas são aquelas originadas fora da esfera de controle de um país e que, portanto, requerem ação global. A OCDE²³⁶ define os fatores globais que provocam conflitos como “os processos lícitos e/ou ilícitos que operam em níveis internacionais, regionais ou entre fronteiras e que influenciam o risco de instabilidade e conflito em um país”. A crise global de alimentos de 2007/2008 é exemplo de um fator de tensão econômica externa; o recorde de alta de preços dos alimentos provocou protestos e revoltas populares violentas em 48 países²³⁹.

Nos círculos políticos, a prevenção de conflitos armado

é, tradicionalmente, considerada um processo bifásico: prevenção precoce, quando a situação política e social está incerta e instável; e mitigação, quando os sinais de violência armada organizada já estão aparentes e o número de vítimas cresce. O enfoque pode ser alternado entre as duas fases; intervenções precoces bem-sucedidas podem adiar o início de um nível de violência mais sério; e intervenções mais meticulosas e engajadas podem segurar a deflagração do conflito por anos²⁴⁰.

Respostas da governança global para os novos padrões de violência

O problema requer uma resposta integrada e fundamentada numa compreensão mais aprimorada e abrangente da relação entre os fatores que elevam o risco de deflagração e intensificam a violência armada. Alguns tratados internacionais e acordos comerciais recentes mostram uma conscientização promissora destas relações. O Tratado sobre Comércio de Armas de 2013 representa uma oportunidade para que o alto nível de letalidade da violência seja reduzido²⁴¹⁻²⁴⁴. Foram realizados esforços para minimizar as consequências nocivas do tráfico ilegal, como a criação do Sistema de Certificação do Processo de Kimberly para diamantes²⁴⁵, da Iniciativa pela Transparência nas Indústrias Extrativistas¹⁸², da Carta de Recursos Naturais²⁴⁶ e de uma iniciativa conjunta do Banco Mundial, da FAO e a da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) sobre normas para aquisição de terras internacionais⁵.

Estas iniciativas globais são importantes para a redução do risco e objetivam a promoção da colaboração entre países ricos e pobres. Mas quando a inquietação social em um país ou região extrapola a fase em que é possível implementar mecanismos de prevenção precoce, passando para as formas de crise mais agudas, os sistemas de governança global para o resgate político e para o econômico ainda são muito diferentes. Apenas em momentos de emergência estes sistemas convergem, como é o caso das discussões do Conselho de Segurança da ONU sobre a imposição de sanções multilaterais contra um Estado membro transgressor.

Como resultado, quando o risco de conflito armado torna-se uma crise deflagrada com grandes perdas entre os civis, a comunidade internacional ainda recorre aos mecanismos coercitivos internacionais. Estes mecanismos incluem esforços diplomáticos ou militares para exigir que o Estado constituído, se ainda existir, controle os grupos combatentes, ou a imposição de diversas ações coercitivas contra o país com o objetivo de proteger a população civil e pôr fim às hostilidades. Neste estágio de insurgência violenta, intervenções econômicas positivas podem perder importância e a força política da diplomacia ou ação armada coletivas pode se provar necessária. A sujeição às Convenções de Genebra e a ameaça do uso do Tribunal Penal Internacional ganham importância, e a limitações prévias presentes em vários tratados de controle de armas (por exemplo, contra minas terrestres ou armas químicas) são postas em prática.

Quando a guerra deixa de ser entre Estados e toma pa-

drões de violência nos quais as fronteiras nacionais não são mais um problema, o desafio, cada vez mais, recai sobre a proteção de pessoas e não de países. Avanços foram obtidos na criação de estruturas normativas e jurídicas no sentido de condenar ataques contra civis, tanto em tempos de paz quanto de guerra — por exemplo, nas convenções das Nações Unidas, no Tribunal Penal Internacional, no quadro da Nações Unidas sobre “Responsabilidade de Proteger” e no Tratado de Ottawa contra minas terrestres^{227,247}. Ainda assim, mesmo com a maior atenção dada à proteção de civis em diferentes campos da governança global, diversos conflitos armados, como o da Síria, continuam a gerar muito sofrimento.

A violência armada de gangues criminosas e milícias continua em ascensão⁵. Esta violência (que ocorre em escala pequena, mas ainda assim mortal), não se encaixa nas categorias legais ou normativas de “guerra” e “paz”. Estima-se que a violência criminosa ou política atinja 1,5 bilhão de indivíduos em todo o mundo, e que gere efeitos perturbadores sobre a saúde e a subsistência das pessoas⁵.

Governança global para a saúde: principais desafios identificados

A questão fundamental é que sociedades em risco de conflito armado são aquelas excessivamente desiguais do ponto de vista político e vistas como social e economicamente injustas. Diversas disfunções na governança global restringem a capacidade da comunidade global de lidar efetivamente com este desafio.

Em primeiro lugar, até o momento, nenhuma instituição foi capaz de ajudar, de forma eficiente, a comunidade internacional a abordar fatores domésticos que mudam rapidamente (como desemprego, desigualdade de renda, exclusão e opressão) e distúrbios externos (como a instabilidade econômica global, o comércio internacional de armas de pequeno porte e o crime organizado internacional), que podem agravar tensões internas ou tensões emergentes, seja entre grupos ou classes de pessoas. Estes fatores funcionam no longo prazo, mas há uma série de políticas e tratados que podem utilizadas nesta fase de instabilidade social e até mesmo de instabilidade do Estado.

Em segundo lugar, instituições multilaterais como as Nações Unidas vêm ajudando muitos países a melhorar suas condições de segurança e a tornarem-se mais prósperos. Além disso, leis humanitárias internacionais evoluíram muito ao longo dos últimos 150 anos no que tange a proteção de pessoas contra a insegurança e a violência e no controle da conduta de exércitos em guerras e conflitos. Entretanto, essas instituições demoram a se adaptar ou reinterpretar estes mecanismos frente a novos padrões de violência armada, padrões estes que apresentam inúmeros desafios para a ordem no mundo pós Segunda Guerra Mundial. Por exemplo, o Conselho de Segurança da ONU, com seu atual alinhamento político, trabalha num acordo sobre a interpretação de trechos da Carta da ONU que determinarem em que situações é permitido o destacamento de tropas da ONU para

a proteção de civis no caso da existência de hostilidades. Por isso, a ONU continua a recorrer a uma série de acordos para equipar e financiar as mobilizações de suas forças de paz²⁴⁸. As Convenções de Genebra e seus dois protocolos adicionais foram criados para lidar com guerras entre Estados-nação; a aplicação destes preceitos a conflitos armados dentro de países só é possível evocando-se o direito consuetudinário e o alcance possivelmente abrangente do Artigo Comum 3^{217,249,250}. Mesmo que estas medidas criem um amplo espaço para o aumento da proteção de civis e para o estabelecimento de definições mais abrangentes do que seria um “combatente” em guerras internas, a questão em foco é difícil e empírica: como distinguir em qualquer caso quem é um combatente, quem não é e quem pode ser considerado terrorista? Contudo, a política e a existência de recursos, muito mais do que a lei, são os fatores que permitem que guerras e atrocidades continuem em muitas áreas de conflito no mundo.

Além do mais, as instituições globais permanecem altamente reativas, embora venha havendo um reconhecimento maior da relação entre opressão política e desigualdade econômica entre os altos escalões da ONU, incluindo o gabinete do Representante Social do Secretário Geral para Prevenção de Genocídio e da Responsabilidade de Proteger, assim como nas análises estratégicas de conflitos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)²⁵¹.

O caso da violência armada difere dos outros seis estudos de caso anteriores, pois é especialmente difícil determinar possíveis caminhos através dos quais ações transnacionais e de governança global influenciam a saúde e a equidade em saúde. As causas de conflitos e da violência são complexas e multifacetadas. A incapacidade do Conselho de Segurança da ONU em agir na Síria também reflete esta complexidade, pois é exemplo da existência de disparidades de poder entre agentes e da inflexibilidade das instituições.

Finalmente, as respostas da governança global a conflitos são, em geral, compartimentalizadas em questões de segurança, justiça e economia, em vez de tratadas de modo intersectorial, através do qual tanto as avaliações quanto as respostas (nos campos diplomático, de segurança, de desenvolvimento e humanitário) seriam integradas⁵. Para que o mundo seja mais seguro para todos, a iniquidade e a injustiça globais devem ser combatidas continuamente. A situação atual sugere que é urgente haver meios para a convocação, em caráter regular, de reuniões e discussões sobre o que deve ser feito em determinadas partes do mundo para prevenir a eclosão de conflitos armados — mecanismos que aproximem mais as instituições.

Além disso, segurança, justiça e segurança econômica determinam, de forma crucial a estabilidade e a saúde de sociedades. Para criar um mundo mais seguro para todos, questões ligadas à iniquidade e à injustiça em nível global devem ser tratadas. A Comissão propõe que o enfrentamento dos determinantes políticos da saúde é um importante passo nesta direção.

Barreiras à governança global para saúde

Análise da formulação de políticas enquanto intervenção

Na seção anterior, examinamos sete áreas de intervenção política e exploramos os meios através dos quais determinantes políticos afetam a equidade em saúde. Nesta seção, aprofundaremos a análise para demonstrarmos como normas e prioridades concorrentes podem ameaçar os resultados da saúde global e identificaremos cinco disfunções sistemáticas que dificultam a existência de uma governança global em saúde.

Assimetrias de poder e normas concorrentes

Os resultados adversos para a saúde exemplificados nos estudos de caso — como desnutrição, envenenamento por resíduos tóxicos e lesões e traumas causados por guerras e conflitos — poderiam, por vezes, ter sido tratados por profissionais de saúde se o sistema de saúde fosse adequado e operante. Contudo, em muitos casos, essas consequências adversas atingem sistematicamente as pessoas mais vulneráveis — ou seja, as mais pobres, as que vivem em situação de conflito e que não têm direitos adequados — que, normalmente, têm pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde decentes. Além disso, mesmo que os melhores serviços de saúde estejam disponíveis, o setor saúde não é capaz de lidar sozinho com essas consequências, que são evitáveis. Para combater a distribuição injusta de riscos e efeitos sobre a saúde, como mostrado nos estudos de caso, será necessária uma intervenção global e intersetorial de formulação de políticas que reflitam o valor da saúde e do bem-estar humano.

Os estudos de caso mostram que a saúde e o bem-estar estão, em diversos casos, subordinados a outros objetivos da sociedade. Por exemplo, o caso da crise financeira e das medidas de austeridade demonstra como a saúde e o bem-estar vem sendo comprometidos em decorrência de políticas econômicas transnacionais. Além disso, a governança global atual permite que a obtenção de lucro de agentes privados fique acima de objetivos sociais e de saúde — por exemplo, a forma com que tratados de investimento internacional e normas de comércio se sobrepõem a políticas sociais, como visto no caso do tabaco e do acordo TRIPS.

Demonstramos que as normas globais limitam o campo de escolha e restringem a ação, mas também, às vezes, trazem

oportunidades. A legislação sobre direitos humanos é uma destas oportunidades⁵⁵. Mas temos observado que o poder do mercado normalmente supera o poder das normas de direitos humanos, incluindo a do direito à saúde. Além disso, governos de países estáveis e ricos podem priorizar outros objetivos em detrimento a normas de direitos humanos internacionais, como é o caso dos imigrantes irregulares em situação de vulnerabilidade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos precisa ser revigorada e, enquanto norma, poderia encontrar apoio no crescente clamor público por uma distribuição mais justa de renda, poder e recursos.

Temos observado como as assimetrias de poder limitam as ações coletivas em uma ampla gama de áreas de formulação de políticas globais e efetivamente impedem a realização de uma governança global em saúde. As normas, regras e práticas criadas nestas circunstâncias não são apropriadas para enfrentar as iniquidades em saúde. Entretanto, para compreender como estes determinantes políticos globais de saúde surgem, será necessária uma investigação mais profunda das vulnerabilidades presentes nos acordos de governança. Em suma, se a governança global terá efeitos benéficos ou maléficos dependerá de como é praticada.

Diagnosticando fragilidades do sistema

A disparidade de poder entre países e outros agentes é uma importante causa das deficiências no sistema de governança global. Agentes que se beneficiam destas disparidades determinam como as regras do jogo são escritas; e, uma vez escritas, as regras podem ser utilizadas na manutenção destas disparidades. Identificamos cinco disfunções do sistema (Tabela). Primeiro, o deficit democrático: a participação e a representação de alguns agentes, como a sociedade civil e os especialistas em saúde, nos processos de tomada de decisão, são insuficientes. Segundo, a deficiência dos mecanismos de responsabilização: os meios através dos quais pessoas prejudicadas podem conter os detentores do poder e obrigá-los a oferecer respostas são frágeis e apoiados insuficientemente em processos transparentes de governança²⁵². Terceiro, a rigidez das instituições: normas, regras e processos de tomada de decisão são inflexíveis e fazem com que seja difícil modificá-los (especialmente quando preservam interesses arraigados), e, portanto, reforçam os efeitos danosos sobre a saúde e a iniquidade em saúde. Quarto, espaço insuficiente

para a formulação de políticas intersetoriais: os meios pelos quais a saúde pode ser protegida, tanto nacional quanto globalmente, são inadequados, o que significa que, nos cenários de formulação de políticas externos ao setor da saúde, questões envolvendo a saúde ficam sujeitas a outros objetivos, como os econômicos ou de segurança. Por fim, a ausência de instituições ou a existência de instituições ainda em fase embrionária: instituições internacionais (ou seja, tratados, fundos, cortes e outras formas mais brandas de regulamentação como normas e diretrizes) dedicadas à proteção e à promoção da saúde são inexistentes ou quase.

Deficit democrático

Conforme observado nos exemplos, acordos de governança global muito frequentemente não refletem normas democráticas básicas, como a igualdade de direito à participação, a representação homogênea, a transparência e a responsabilização — problema chamado de “deficit democrático”. Além das fronteiras dos Estados-nação, o cenário está longe de ser o de uma democracia global, já que o processo decisório em nível internacional não opera dentro do princípio “uma pessoa, um voto”. Ao invés disso, os princípios essenciais são aplicados na forma de “um Estado, um voto” ou, em algumas situações e no caso dos mais poderosos, “um Estado, muitos votos”. No FMI e no Banco Mundial, os países mais ricos têm muito mais influência do que os mais pobres e, consequentemente, maior capacidade de defender seus interesses e valores através das instituições financeiras internacionais do que os países menos poderosos, cujos cidadãos frequentemente estão mais sujeitos a serem diretamente afetados pelas políticas criadas. O deficit democrático é ainda maior fora das instituições multilaterais. Por exemplo, nas negociações regionais ou bilaterais sobre acordos de comércio ou de investimentos, não existem regras estabelecidas sobre a votação, a participação ou a transparência.

Agentes não governamentais como as organizações da sociedade civil, grupos marginalizados e especialistas do campo da saúde também são incluídos de forma insuficiente nos processos decisórios internacionais. As mudanças ocorridas nos últimos 20 anos nos processos de governança global vêm demonstrando o potencial do envolvimento de agentes não governamentais. A mobilização da sociedade civil e de um grupo formado em sua maioria por países de pequeno e médio porte para a elaboração do Tratado de Ottawa contra minas terrestres é um exemplo deste avanço. Ademais, o Estatuto de Roma, de 1998, que levou à criação do Tribunal Penal Internacional como instituição permanente, foi o resultado da coalizão de 60 países e 700 ONGs, que saíram vitoriosos apesar da oposição de membros permanentes do Conselho de Segurança da ONU²⁵³.

No século XXI, a pressão por participação tem ganhado força adicional, conforme demonstra o engajamento da sociedade civil e de cidadãos através das mídias sociais durante reuniões intergovernamentais como a Assembleia Mundial da Saúde. Na ONU, consultas online abertas estão se tornando cada vez mais comuns, como as da plataforma

World We Want, que permitiu que cidadãos e organizações de sociedade civil também enviassem propostas relativas às negociações da agenda de desenvolvimento pós-2015.

Diálogos e parcerias com a sociedade civil e o setor privado estão se disseminando pelo sistema multilateral. A estrutura tripartite da OIT é uma das mais inclusivas dentro do sistema das Nações Unidas. O Comitê Mundial sobre Segurança Alimentar permite um nível significativo de participação tanto por parte de agentes governamentais quanto não governamentais, e a OMC e o Conselho de Segurança da ONU vêm sendo pressionados para permitir maior participação de outros agentes estatais e não estatais. A OMC permite que agentes da sociedade civil assistam às reuniões ministeriais e briefings regulares²⁵⁴, e o acesso público aos documentos oficiais da OMC foi aprimorado²⁵⁵. Entretanto, as oportunidades que a sociedade civil tem de influenciar os processos de deliberação normalmente são escassas e apartadas dos processos regulares de formulação de políticas da OMC²³⁸. Em comparação, a indústria pode obter um nível de acesso mais privilegiado aos delegados nacionais, que levam propostas para a mesa de negociação²⁵⁵.

Apesar dos avanços no aumento da inclusividade, o deficit democrático continua sendo um aspecto crucial da maioria dos processos de governança global.

Mecanismos fracos de responsabilidade e pouca transparência

A responsabilidade pode ser entendida como “os meios através dos quais o poder pode ser contido e obrigado a tomar providências para compensar os efeitos de suas ações sobre pessoas por ele atingidas, especialmente aquelas que, de outra forma, tendem a ser marginalizadas ou silenciadas”²⁵². Na atual conjuntura de governança global, composta de uma série de agentes governamentais e não governamentais, porém, responsabilizar um único processo decisório ou agente específico de forma direta é difícil. A responsabilidade pelos efeitos causados sobre a saúde por regras, normas e políticas emanadas de processos de governança global pode recair sobre uma gama de agentes diferentes, em vez de apenas um, isoladamente²⁵².

No nível transnacional, são fracos os meios de responsabilização. Não existe uma autoridade política global central que possa responsabilizar Estados que violem ou deixem de cumprir regras e normas e ou seguir padrões acordados internacionalmente, como pode ser observado no caso da imigração. Também não existem mecanismos adequados de responsabilização para agentes não governamentais, como empresas transnacionais que podem trocar de jurisdição com relativa facilidade e, em geral, detêm mais poder e recursos do que os governos que deveriam controlá-las, como vimos no exemplo da Trafigura na Costa do Marfim. Além disso, embora as políticas de instituições financeiras internacionais, como o Banco Central Europeu e o FMI, possam ter efeitos substanciais sobre a saúde, como observamos no caso das medidas de austeridade na Grécia, a responsabilidade dessas instituições sobre os cidadãos que afetam é, no mínimo, tênue⁷⁹.

	Crise econômica e austeridade econômica	Acesso ao conhecimento e propriedade intelectual	Acordos de investimentos	Segurança alimentar	Empresas transnacionais	Imigrantes irregulares	Violência organizada
Déficit democrático	...	✓	✓	✓	...	✓	...
Deficiência na responsabilização	✓	...	✓	✓	✓	✓	...
Rigidez das instituições	...	✓	✓	✓	✓
Ausência de instituições	✓	✓	...	✓	✓	✓	✓
Espaço político para a saúde	✓	✓	✓	...	✓	✓	✓

Tabela: Disfunções sistêmicas que prejudicam a governança global na saúde

A transparência é amplamente reconhecida como um dos princípios da boa governança e método poderoso através do qual a responsabilidade pode ser reforçada. Entretanto, embora os agentes da governança global idealmente devam responder a uma comunidade global composta por todas as partes interessadas⁹⁷, algumas instituições globais e processos de governança não operam sequer com nível mínimo de transparência. Por exemplo, acordos de comércio e investimento ainda são negociados entre governos a portas fechadas. De forma semelhante, o julgamento de disputas entre Estados e empresas é envolto em sigilo, mesmo quando importantes questões de interesse público (como a legislação de controle do tabaco ou patentes de medicamentos) estão em jogo²⁵⁶. A abertura destes processos ao escrutínio público melhoraria as chances de que interesses públicos — a saúde inclusive — sejam levados em consideração, fortalecendo, portanto, sua legitimidade. Na governança ambiental, a sociedade civil tem ajudado a fomentar a responsabilidade através do aumento da transparência²⁵⁷.

De fato, apesar de ser possível promover a responsabilidade através do aumento da participação e da transparência, informação apenas não é suficiente quando existem poucos meios para, a partir daí, influenciar a tomada de decisões. Um meio através do qual decisões possam ser contestadas e problemas remediados — papel tradicionalmente desempenhado em esfera nacional pelos tribunais — é, portanto, central à questão da responsabilidade. Nos exemplos discutidos de violações de normas de direitos humanos por agentes governamentais e não governamentais, o exercício de jurisdição internacional ou extraterritorial por tribunais vem sendo uma característica notável dos esforços para reforçar a responsabilidade. Entretanto, embora casos importantes tenham sido levados a julgamento, este tipo de jurisdição é pouco utilizado. Prova disso é que durante os seus primeiros 10 anos de existência, o Tribunal Penal Internacional examinou apenas dez casos e condenou somente uma pessoa²⁵⁸.

No esquema atual de governança, ainda não existem meios adequados através dos quais seja possível assegurar a responsabilidade de agentes governamentais e não governamentais pelas consequências de suas ações sobre a saúde.

Rigidez institucional

A capacidade de instituições internacionais de se adaptarem ao ambiente e evitarem reformas realizadas por parte de agentes que buscam níveis indevidos de influência é crucial para que estas permaneçam legítimas e eficientes. Entretanto, uma vez que estas instituições internacionais estão estabelecidas, o poder pode também se enraizar, e aqueles que o detêm resistirão a abrir mão dele. Esta rigidez institucional dificulta a reforma das instituições, evitando que evoluam com o tempo. Isso significa que os preteridos pelas atuais regras enfrentarão imensos desafios para mudá-las.

Conforme discutimos no caso dos conflitos violentos, muitas instituições de governança global — criadas com o mundo pós Segunda Guerra Mundial em mente — estão

sendo consideradas “ultrapassados e anacrônicos” por não terem passado “por quase nenhuma reforma institucional que as adequasse ao século XXI”⁹⁷. A estrutura anacrônica do Conselho de Segurança da ONU — que continua destinando assentos permanentes aos vencedores da Segunda Guerra Mundial — e acordos como o TRIPS e o Acordo sobre Agricultura — que não podem ser alterados salvo em caso de pleno consenso de todos os membros da OMC — são exemplos do “engessamento” que favorece a manutenção do status quo. Diversos outros exemplos também existem, como a dificuldade de se reformar o Conselho Econômico e Social da ONU²⁵³ e a relutância na abertura da governança da OMS para uma gama mais ampla de agentes.

Estruturas institucionais que favorecem quem detém o poder, portanto, praticamente inviabilizam reformas, visto que não há incentivos suficientes para que estes permitam a mudança das regras quando isto significa abrir mão do poder. Como resultado, as regras favorecem a manutenção do status quo, e os interesses se arraigam. No entanto, esta consolidação não significa que reformas sejam impossíveis. A Comissão sobre Direitos Humanos da ONU, criticada por permitir que Estados membros com má reputação no campo dos direitos humanos impedissem a aprovação de resoluções, foi reestruturada e transformada no Conselho sobre Direitos Humanos da ONU. Embora esta mudança não tenha enfrentado muitas das deficiências subjacentes da arquitetura da ONU no que tange os direitos humanos, ela fez com que a reputação de um Estado membro no cumprimento dos direitos humanos de seu povo um importante fator na concessão de um assento no Conselho, o que já é um grande avanço.

A rigidez das instituições pode levar alguns agentes a buscarem estratégias alternativas ou a criarem instituições totalmente novas. Uma tendência no novo milênio tem sido o crescente pluralismo de governanças, no qual os países vêm se voltando, por exemplo, a esferas regionais, a novos agrupamentos com base em interesses comuns, a iniciativas realizadas entre vários parceiros e ao cumprimento voluntário de padrões⁹⁷. De modo semelhante, os BRICS anunciaram recentemente que pretendiam fundar um novo banco de desenvolvimento, sinalizando a insatisfação com a governança dos bancos multilaterais²⁵⁹.

Embora a rigidez possa ser contornada, ela continua sendo o maior fator de resistência à reforma das instituições no sentido de melhorar a proteção e a promoção da saúde.

Espaço insuficiente para políticas de saúde

Vem havendo uma proliferação de normas internacionais. O número de normas, conferências e tratados multilaterais internacionais saltou de aproximadamente 2.900 em 1981 para 4.900 em 2003. Esta tendência gerou um sistema de normas superpostas, conflitantes e interdependentes (às vezes chamado de “regime de incertezas”)²⁶⁰, que pode dificultar a determinação de obrigações e responsabilidades, e complicar o seu cumprimento. Embora o fato da saúde ser afetada por decisões externas ao setor venha sendo cada

vez mais reconhecido, ainda não há espaço adequado para políticas de saúde nos demais setores.

Apesar de algumas normativas globais — como a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco e os tratados que regulamentam o comércio de substâncias tóxicas — serem capazes de ampliar o espaço destinado à proteção da saúde em políticas governamentais, outras o acabam reduzindo. Uma grande deficiência do sistema é fato dos interesses da saúde estarem frequentemente subordinados a outros objetivos, como o crescimento econômico e a segurança nacional. A luta por espaço para políticas de saúde pode ser demonstrada claramente pelo combate às regras sobre investimento que tornam impossível ao governo regulamentar o tabaco. Até mesmo o espaço que já existe vem sendo ameaçado, visto que alguns agentes querem o estabelecimento de novas regras, impossíveis de aprovação em esferas multilaterais, como as disposições TRIPS-Plus em acordos de comércio regionais, que limitam as salvaguardas contidas no TRIPS.

Estados também podem preservar o espaço da saúde na formulação de políticas renegociando tratados internacionais que prejudiquem a saúde pública, retirando-se deles ou recusando-se a firmá-los. O espaço para políticas públicas também pode ser protegido através de disposições especiais de proteção à saúde, como a alocação obrigatória de recursos para políticas sociais em resposta a crises financeiras, ou a criação de exceções para o controle do tabaco, de medicamentos e de alimentos em tratados de investimento e comércio. Por fim, pode-se obter mais espaço para políticas públicas no momento em que normas globais são implementadas em esfera nacional.

A elaboração de políticas nacionais — que inclui, por exemplo, negociações entre os ministérios da saúde e do comércio — pode ser tão importante quanto processos globais no que tange a abertura de espaço para a saúde na formulação de políticas de diversos setores. A abordagem Saúde em Todas as Políticas²⁶¹ tem como base a ação de ministérios da área em defesa da saúde em todos os outros ministérios. No entanto, fazer com que essa abordagem torne-se operacional e eficiente no que tange a governança global é mais difícil. A OMS, por exemplo, ainda não conseguiu abrir espaço e fóruns para a realização de um diálogo político que inclua outras organizações intergovernamentais relevantes, além de governos e agentes não governamentais de peso. A natureza intergovernamental da OMS, onde cada membro é representado por seu Ministério da Saúde, impede que esta se una de forma adequada a um conjunto mais abrangente de agentes para enfrentar problemas complexos, como os determinantes sociais da saúde, o desafio cada vez maior representado pelas doenças não infecciosas e as ameaças à segurança da saúde, tendo em vista a possibilidade de pandemias, mudanças climáticas, violência e crises humanitárias. Esta situação tem limitado a eficiência da OMS, impossibilitando que articule uma abordagem coerente que una vontade política e pública e a capacidade de ação do setor privado para agir sobre políticas e regulamentos necessários.

A existência de instituições fracas em relação à proteção da saúde em outros setores — especialmente naqueles politicamente poderosos como o comércio e a segurança — continua sendo, dessa forma, a maior fragilidade do sistema de governança global, e esta fragilidade deve ser enfrentada tanto global quanto nacionalmente.

Instituições inexistentes ou em fase embrionária

Apesar da proliferação de normas globais, ainda existem questões importantes de saúde para as quais não existem instituições transnacionais ou, na melhor das hipóteses, para as quais estas ainda estão sendo desenvolvidas. Por exemplo, é comum que instituições destinadas a questões ou agentes não governamentais transnacionais (por exemplo, grupos armados, redes de tráfico ilegal, corporações transnacionais ou mercados voláteis), de modo geral, não existam ou sejam inadequadas para a tarefa. A globalização econômica vem se instalando de forma mais rápida que a globalização política — por exemplo, o desenvolvimento de instituições que possam controlar com eficiência o mercado global e proteger as sociedades contra colapsos de mercado. Como observado no caso da segurança alimentar, a especulação no mercado de commodities de alimentos levou à volatilidade de preço, e a ausência de instituições para prevenir ou contrabalançar este problema gerou insegurança alimentar para populações já vulneráveis. Outros exemplos de mercados transnacionais pouco regulados incluem os mercados financeiros, o comércio de armas, o tráfico humano, a comercialização de alimentos prejudiciais à saúde e o descarte de resíduos tóxicos transfronteiriço.

Por vezes, podem até existir normas ou regulamentos, mas os mecanismos de coerção continuam insuficientes. A imigração de trabalhadores de saúde de países pobres para países ricos, por exemplo, é controlado por disposições não vinculantes do Código de Práticas Globais da OMS sobre o Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde, mas este sistema não possui mecanismos de coerção. Em outros casos, os regulamentos permanecem incompletos. Apesar do recente avanço na regulação do comércio de produtos químicos nocivos à saúde, exemplificado pela Convenção de Minamata sobre Mercúrio de 2013¹⁹⁰, apenas 22 dos milhares de produtos químicos potencialmente nocivos estão sujeitos a tratados internacionais que controlam o transporte transfronteiriço. Defende-se um regime global abrangente sobre produtos químicos em substituição à fragmentada abordagem atual²⁶². Além disso, conforme podemos observar no caso da imigração, governos têm relutado em articular normas internacionais específicas para a proteção de imigrantes irregulares.

Algumas questões estão subordinadas a sistemas de regulamentação fragmentados que não possuem autoridade definida. Por exemplo, nenhuma autoridade tem como responsabilidade lidar com segurança alimentar, ou capacidade para tal. Assim, atualmente, a segurança alimentar conta com múltiplas normas e regras interligadas, e, às vezes, até conflitantes. Apesar de importantes iniciativas como a

força-tarefa de alto nível das Nações Unidas sobre segurança alimentar, decisões individuais de governos, consumidores, indústria e investidores que possam afetar o fornecimento global de alimentos permanecem basicamente descoordenadas e desregulamentadas.

De forma geral, instituições transnacionais de proteção à saúde ainda em fase embrionária, como é o caso de padrões de cumprimento voluntário, devem ser fortalecidas, e novas instituições e regulamentações podem ser necessárias quando as operações e interesses de alguns agentes venham a entrar em conflito sério com a saúde e o bem-estar das pessoas.

Lidando com os determinantes políticos da saúde Utilizando o poder de normas, do conhecimento e de instituições responsáveis

As estruturas e processos de governança global são fragmentados e inadequados para lidar com a ampla gama de desafios intersetoriais interligados que impedem uma efetiva governança global para a saúde. Além do mais, não mitigam as principais disparidades de poder que continuam a caracterizar as políticas globais e debilitam os esforços para assegurar a equidade em saúde. Desequilíbrios de poder continuarão sendo a característica principal da governança global, mas processos mais abertos e equitativos para a produção e a disseminação de conhecimento podem permitir que o status quo seja modificado.

São necessárias transformações na forma como as políticas e decisões globais que afetam a saúde são elaboradas e nas normas que as expressam. O desenvolvimento de uma agenda global (nova e interligada) para o desenvolvimento sustentável requererá uma distribuição mais democrática do poder econômico e político e uma transformação da arquitetura da governança global, fazendo com que seja capaz de superar as barreiras criadas por disputas de jurisdição organizacional, por ações fragmentadas e por definições

limitadas do que representam os interesses nacionais, que atualmente colocam em risco tanto a saúde humana quanto o ambiente global.

Defendemos que as origens da iniquidade em saúde tem natureza intersetorial e requerem respostas intersetoriais. Portanto, apelamos para os governos, que, na condição de membros de organizações e plataformas internacionais em todos os setores (ou seja, OMS, OMC, FMI, Banco Mundial, FAO, Comitê Mundial de Segurança Alimentar, OIT, ACNUR, PNUD, UNCTAD e o Conselho das Nações Unidas sobre Direitos Humanos), têm a capacidade de iniciar o desenvolvimento de uma agenda intersetorial de mudanças para promover níveis sustentáveis de saúde e bem-estar para todos. É preciso buscar apoio para esta agenda também entre agentes não governamentais — sociedade civil, organizações filantrópicas, mídia, empresas privadas e academia.

Agenda para mudança: convocação, informação e monitoramento

Qualquer proposta de reforma ou criação de novas instituições globais provavelmente enfrentará as mesmas barreiras e deficiências identificadas neste Informe, como assimetria de poder, déficit democrático e rigidez institucional. O clamor popular e a imperatividade da causa deve ser, em última análise, o fator impulsionador da mudança e o que fará com que líderes nacionais e globais possam ser responsabilizados pela questão. A saúde das pessoas é tão importante quanto a do planeta, e é preciso implementar medidas destinadas à superação das limitações mais importantes geradas pela ausência ou existência ainda embrionária de instituições, mecanismos ineficientes de responsabilização e espaço político inadequado. Para que esse processo venha a se realizar, serão necessários agentes comprometidos com a mudança e disposição para essa mudança, tanto dentro da ONU, quanto entre líderes políticos mundiais, movimentos sociais e setor privado.

A Comissão oferece duas propostas para preencher as lacunas existentes na estrutura institucional de governança global para a saúde, que poderiam formar uma agenda de mudanças e deveriam ser mais exploradas: uma *Plataforma das Nações Unidas de Parceiros Múltiplos sobre Governança Global para a Saúde* e um *Painel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Sociais e Políticos Globais da Saúde*. Estas propostas podem também ser ampliadas e incluir a obrigatoriedade da realização de análises de impacto sobre a equidade em saúde para todas as instituições globais e a aplicação de sanções mais firmes contra agentes não governamentais por violação de direitos. Como ação imediata, os governos e o Conselho de Direitos Humanos da ONU poderiam reforçar o uso de instrumentos de direitos humanos no campo da saúde. Estas propostas precisam ser vistas como parte de um contexto mais amplo de discussões globais sobre como fortalecer a governança global para o desenvolvimento sustentável, e como contribuição para essas discussões.

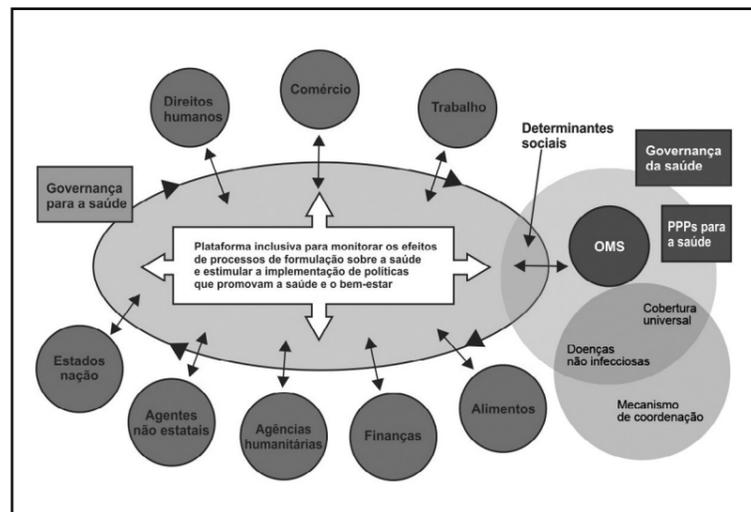


Figura 1: Plataforma de Parceiros Múltiplos da ONU
PPPs: Parceria público-privadas

Plataforma das Nações Unidas de Parceiros Múltiplos sobre Governança Global para a Saúde

Políticas, regulamentos e ações com maiores implicações sobre a saúde estão hoje compartimentalizados em várias instituições e processos no sistema de governança global, e não se vem prestando atenção suficiente às formas com que eles se interconectam ou interagem. Para promover políticas globais para saúde e o bem-estar sustentável, a Comissão propõe que uma Plataforma de Parceiros Múltiplos sobre Governança Global para a Saúde seja considerada. Utilizando o conhecimento do Comitê da FAO sobre Segurança Alimentar, a plataforma abrangeria governos, organizações governamentais (nas áreas de finanças, comércio, trabalho, alimentação, meio ambiente, direitos humanos, migração e paz e segurança), e agentes não governamentais, incluindo a sociedade civil, especialistas da academia e empresas privadas. Esta abordagem é amplamente compatível com as propostas do Secretário Geral da ONU para o fomento de parcerias globais renovadas⁵⁸.

A Plataforma (Figura 1, página 32) deveria receber legitimidade das Nações Unidas e funcionaria como um fórum político (não uma plataforma de financiamento) que ofereceria espaço para que as diversas partes interessadas proponham questões, determinem agendas, examinem e debatam políticas do ponto de vista da forma através das quais elas afetam a saúde e a equidade em saúde, identifiquem barreiras e proponham soluções para processos políticos concretos. A plataforma compartilhará e analisará informações, influenciará normas e opiniões e modelará ações por meio de recomendações aos órgãos decisores de Estados participantes, de atores intergovernamentais, de instituições do mercado e da sociedade civil. Atuando dessa forma, a Plataforma pode responder aos desafios da precariedade de instrumentos de responsabilização na esfera global através da criação de um fórum público onde se espera que os agentes mostrem-se responsáveis pelas consequências de suas ações sobre a saúde. A Plataforma será uma oportunidade para combater o que chamamos de "rigidez institucional". Suas recomendações devem ser totalmente transparentes, com livre acesso a todas as informações sobre as deliberações do fórum político, suas recomendações e resultados, incluindo consultorias políticas específicas feitas pelas partes interessadas participantes na plataforma e seus órgãos de governança. A complexidade desta ideia demandará necessariamente um processo consultivo entre as principais instituições, governos e quaisquer outras partes interessadas, esclarecendo os termos de referência, a liderança e a localização do secretariado da Plataforma (Quadro 5).

Espera-se que o processo de criação da agenda de desenvolvimento pós-2015 destaque a necessidade de revisão e reforma da estrutura das instituições multilaterais globais, objetivando um sistema de governança global mais interligado, inclusivo e simplificado. A governança para a saúde e o bem-estar sustentável necessitará destas reformas, e a Plataforma de Parceiros Múltiplos da ONU aqui proposta representaria um passo nesta direção, permitindo um

diálogo político mais inclusivo, mais integrado e mais coerente dentro das instituições e fóruns.

A Plataforma seria independente dos processos regulares de governança da saúde da OMS e de seus parceiros na arquitetura do campo da saúde, mas a OMS estaria incluída entre seus membros, o que traria os benefícios da liderança normativa que a OMS pode oferecer como agência da ONU no campo da saúde. A Plataforma assumiria um diálogo político envolvendo questões e agentes para muito além do setor de saúde e, portanto, complementar e fortaleceria a capacidade da OMS de trabalhar em sua função de organismo de governança global da saúde. Este tipo de abordagem geraria apoio à OMS em sua atuação na promoção de respostas políticas multidisciplinares contra doenças não transmissíveis e reforçaria a promoção da agenda de cobertura universal e de outras iniciativas de ação sobre os determinantes sociais da saúde.

Painel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Sociais e Políticos Globais da Saúde

A Comissão também propõe a instituição de um Painel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Sociais e Políticos Globais da Saúde baseado em uma rede de instituições acadêmicas e centros de excelência de todas as regiões do mundo. O Painel mobilizará os melhores especialistas disponíveis para investigar a complexa interação de forças que afeta a saúde, os fatores de risco para a saúde e a efetividade de diferentes acordos de governança global para promoção e proteção da saúde. Interesses concorrentes ou conflitantes dos envolvidos e os contínuos debates sobre métodos de análise justificam um mecanismo independente de monitoramento global. O Painel preconizará o recebimento, a avaliação, a análise, o debate e a comunicação de diversas linhas de pesquisa independentes — interdisciplinarmente — e oferecerá informações estratégicas transparentes e independentes para as Nações Unidas e para outros agentes que influenciam a governança global para a saúde.

Quadro 5: Questões a serem debatidas por uma Plataforma de Parceiros Múltiplos das Nações Unidas

Algumas das questões que deveriam ser debatidas, em processo consultivo amplo e aberto, incluem:

- Conexão formal com as Nações Unidas e participação de agências intergovernamentais;
- Estabelecimento de um pequeno secretariado em um local acessível e financeiramente viável;
- Formas de conexão com os mecanismos já estabelecidos para uma participação inclusiva das agências intergovernamentais envolvidas, assim como de movimentos sociais e lutas populares contra instituições e corporações que violam o direito à saúde;
- Representação dos principais grupos de agentes não governamentais, governos e grupos regionais, com associação rotativa e oportunidades especiais para países de baixa renda e outros interessados em situação de vulnerabilidade ou pobres.

O Painel deve se utilizar amplamente das políticas de direito à informação para que suas atividades de monitoramento possam divulgar as decisões antes que sejam tomadas, assim como acompanhar os efeitos das referidas decisões. Precisam ser gerados dados que complementem os sistemas de informação existentes sobre os resultados obtidos por medidas de cunho biomédico e pelos sistemas de saúde, enfocando também a análise política dos determinantes sociais e políticos da saúde. Para mudar o status quo, fortalecer e ampliar a base de evidências e enfrentar algumas das disparidades de poder que caracterizam o atual sistema de produção de conhecimento, o Painel deve reconhecer diversas fontes e tipos de conhecimento, e investir no incremento da capacidade de pesquisa sobre as populações cuja saúde é mais diretamente afetada pelos determinantes sociais e políticos globais da saúde.

Este tipo de pesquisa criará novos desafios, tanto em termos da definição de indicadores quanto para a garantia da independência. O principal desafio será acompanhar, inter-setorialmente, os efeitos sobre a saúde dos determinantes políticos — por exemplo, os efeitos das violações aos direitos humanos em conflitos e os provocados por acordos de comércio. A primeira tarefa do Painel deverá ser a proposta de uma estrutura de monitoramento para acompanhar o avanço na superação dos determinantes sociais e políticos que produzem consequências adversas sobre a saúde.

Instituições análogas — como o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas e a recém-criada Plataforma Intergovernamental sobre Biodiversidade e Serviços Ecossistêmicos — já foram criadas para avaliar as pesquisas mais recentes sobre as condições dos delicados ecossistemas do planeta. A saúde das pessoas, amplamente definida em termos de bem-estar e não apenas da ausência de doenças, merece igual atenção.

Diversas opções devem ser exploradas para o estabelecimento do Painel de Monitoramento Científico Independente sobre Determinantes Políticos e Sociais Globais da Saúde. A base precisa ser um mandato da ONU e ele precisa ter função científica e ser independente. Pode ser criado por atores governamentais e não governamentais, como as instituições acadêmicas, e deve contar com forte contribuição da sociedade civil. Inserir o Painel em iniciativas estabelecidas pelas universidades — como os consórcios globais ou associações de instituições acadêmicas ou centros de conhecimento — pode ser uma opção interessante.

Análises de impacto sobre a equidade de saúde

Na medida em que pesquisas mais independentes e fundamentadas em evidências sobre os determinantes sociais e políticos da saúde forem sendo inseridas no sistema de governança global, as instituições internacionais poderiam ser requisitadas a elaborar estimativas de impacto sobre a saúde de todas as suas políticas e práticas. Estas avaliações podem chamar a atenção para possíveis riscos à saúde, fornecer evidências necessárias para os decisores, e transformar pontos de vista sobre políticas, especialmente quando

combinadas com a mobilização política²⁶³. Por exemplo, o FMI, o Banco Mundial, a OMC, a OMS e o Departamento das Nações Unidas para Operações de Manutenção da Paz podem ser requisitados a fornecer avaliações de suas recomendações e políticas com relação aos seus efeitos sobre os determinantes sociais da saúde, elaborados em coordenação e orientação com o Painel de Monitoramento Científico Independente e da Plataforma de Parceiros Múltiplos das Nações Unidas.

Alinhado a esta proposta, o relatório do Painel de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Agenda de Desenvolvimento pós-2015²⁶⁴, na discussão da responsabilidade social das empresas, observa que muitas companhias reconhecem “que se não são considerados parceiros confiáveis pelos governos e pelas organizações da sociedade civil, precisam reforçar seus próprios mecanismos de governança e adotar a política de ‘relatórios integrados’ sobre seu impacto ambiental e social, além de sobre seu desempenho financeiro”. Este comprometimento pode ser estendido para as avaliações sobre os efeitos das políticas sobre a saúde e a equidade de saúde.

Fortalecendo os mecanismos existentes

Propostas para a realização de ações imediatas

Transformar os processos e práticas de governança global em um sistema que melhor controle e utilize os determinantes políticos globais da saúde é uma tarefa demorada. Propomos por isso, também algumas ações imediatas que pretendem não a identificação das causas originais das persistentes inequidades em saúde, mas a mitigação dos efeitos da distribuição desigual da saúde através do aprimoramento de sanções e garantias.

Fortalecer o uso dos instrumentos de direitos humanos para a saúde

O relatório do Secretário Geral das Nações Unidas, Uma vida de dignidade para todos⁵⁸, destaca a crescente ênfase em uma pauta fundamentada em direitos para o desenvolvimento sustentável, apontando que “pessoas de todo o mundo estão reivindicando governos mais responsáveis e uma melhor governança fundamentada em direitos”. A Comissão ressalta a importância do desenvolvimento desta dinâmica.

Embora o sistema de direitos humanos disponha de importantes mecanismos para condução de uma pauta deste tipo, a aplicação dos instrumentos de direitos humanos para a saúde, incluindo o acesso a medicamentos, direitos reprodutivos e sexuais e violência contra mulheres, tem sido considerada controversa e, portanto, vem sendo subutilizada. Contudo, deve-se usar essa abordagem para buscar maior reconhecimento da saúde como um direito humano integrado aos outros direitos sociais, econômicos, políticos e civis na agenda de governança global. Chamar a atenção para as violações às normas de direitos humanos por parte de agentes governamentais e não governamentais é crucial.

O mandato, os relatórios e as recomendações do Relator Especial sobre o Direito à Saúde podem ser mais bem utili-

zados como fontes de informação para o desenvolvimento de políticas e estratégias que afetem a saúde, por exemplo, ao fazer com que o Relator Especial se reporte à Assembleia Mundial da Saúde. Governos e outros agentes devem trabalhar para fortalecer as ligações entre os elementos do sistema internacional de direitos humanos para melhor se utilizar das capacidades de vigilância atuais, com relatórios e diretrizes sendo levados em consideração em esferas multilaterais como o FMI, o Conselho de Segurança da ONU, a OMS, a Organização Mundial de Propriedade Intelectual, a OMC e o Banco Mundial. Os governos de países membros do Conselho das Nações Unidas sobre Direitos Humanos devem ampliar os mandatos de seus Relatores Especiais para incluir uma auditoria em termos de direitos humanos dos processos de tomada de decisão das organizações internacionais. Esta questão sobre ampliação de mandatos é importante para todas as áreas políticas discutidas neste relatório, e pode ser relevante para ambas as instituições propostas — a Plataforma de Parceiros Múltiplos e o Painel de Monitoramento Científico Independente.

Fortalecendo sanções

Para fortalecer os mecanismos de atribuição de responsabilidade na esfera transnacional, são necessários mecanismos mais eficientes para a aplicação de sanções. As sanções podem levar à punição dos atores que violem os padrões estabelecidos ou remediar danos causados, seja na forma de um pedido formal de desculpas e de comprometimento a não repetição do ato, de mudanças na política ou de reparações.

Embora os tribunais nacionais possam desempenhar um importante papel na aplicação de sanções em casos de violação²⁶⁴, quando eles não são capazes ou não estão dispostos a processar casos específicos, os tribunais internacionais podem ser necessários. Tendo em vista os muitos desequilíbrios de poder que podem limitar a eficiência dos tribunais nacionais, o sistema judicial internacional é um importante mecanismo de apoio aos sistemas nacionais e pode ser útil no fortalecimento da responsabilização transnacional. O sistema judicial internacional baseado nos Estados-nação deveria, porém, ser fortalecido para abranger uma gama maior de agentes não governamentais e para impelir sanções contra uma maior variedade de violações.

A atual miscelânea de tribunais internacionais tem grandes lacunas, especialmente nos casos em que agentes não governamentais integrem o polo passivo ou ativo da demanda. Por exemplo, o Tribunal Penal Internacional não aceita casos levados à sua apreciação por atores não governamentais, como grupos minoritários ou organizações da sociedade civil; e corporações transnacionais não podem ser levadas ao Tribunal Penal Internacional, já que sua jurisdição é restrita à prossecução de indivíduos. Uma expansão das violações sujeitas à sua jurisdição poderia incluir normativas diretamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde, como poluição ambiental, corrupção, ofensa a direitos trabalhistas e conluio para violações graves aos direitos

humanos. Reconhecendo os muitos desafios envolvidos na ampliação do mandato formal do Tribunal Penal Internacional, sugerimos como primeiro passo a criação de um fórum regular em que as organizações da sociedade civil possam apresentar denúncias sobre alegadas violações requerendo maior atenção da corte.

Fortalecer e transformar mecanismos para a solidariedade global e a responsabilidade compartilhada

A governança global para a saúde deve ser embasada no comprometimento com a solidariedade global e a responsabilidade compartilhada, fundamentada em compromissos nacionais e internacionais de trabalho conjunto para garantir a observância do direito à saúde. Estes compromissos incluem contribuir com uma parcela justa para o desenvolvimento da assistência para a saúde, fundamentada na capacidade financeira, através tanto de meios tradicionais quanto inovadores. Esta visão e compromisso, inaugurados pelo Mapa de Responsabilidade Compartilhada e Solidariedade Global para Aids, Tuberculose e Malária da União Africana²⁶⁵, foram apresentados pelo movimento contra a Aids como uma contribuição ao diálogo intergovernamental sobre a agenda de desenvolvimento global pós-2015 e deve ser mais bem explorada.

As assimetrias de poder e a imprevisibilidade dos atuais regimes da OCDE para assistência ao desenvolvimento internacional, bilaterais ou multilaterais, necessitam de atenção especial. A Comissão acredita que há a necessidade premente de criação de uma estrutura para o financiamento internacional mais amplo do que é hoje definido como a assistência oficial ao desenvolvimento, a fim de garantir o financiamento de uma agenda mais universal para o desenvolvimento socialmente sustentável. Apontamos, ainda, a necessidade de mais atenção aos instrumentos vinculantes e às contribuições obrigatórias e fiscalizadas, realizadas por todos os Estados de acordo com sua capacidade financeira, conforme proposto pelo Relator Especial sobre Direito à Saúde, Anand Grover⁸⁹. Neste contexto, o financiamento de bens públicos globais relacionados à saúde também requer atenção renovada.

Mecanismos fortalecidos e transformados para solidariedade global e responsabilidade compartilhada com base em modelos financeiros que vão além da assistência ao desenvolvimento tradicional são altamente relevantes e requerem atenção prioritária. Exemplos incluem pesquisas de saúde que atendam às necessidades da população pobre e mecanismos de seguridade social global.

Propostas foram entabuladas por diversos atores, incluindo o Grupo de Trabalho Consultivo de Especialistas sobre Pesquisa e Desenvolvimento¹¹⁸, da OMS, para garantir investimentos suficientes nas áreas de pesquisa ligadas à saúde e ao desenvolvimento em que os incentivos de mercado não sejam suficientes²⁶⁶. Uma das opções é um tratado em que os países se comprometam a financiar a pesquisa e o desenvolvimento de acordo com sua capacidade finan-

ceira, enquanto a pesquisa seria dirigida às necessidades globais de saúde mais prementes. Esta proposta teria a forma de cessões financeiras obrigatórias — ainda que indiretas — dos países mais ricos para os mais pobres (que seriam os mais beneficiados pela pesquisa). Se um tratado vinculante não for politicamente viável, o modelo alternativo seria o plano de contribuição balizada discricionária, utilizado para o abastecimento da Associação de Desenvolvimento Internacional (o braço do Banco Mundial que fornece verbas e empréstimos em condições favoráveis para países de baixa renda), em que as contribuições são razoavelmente proporcionais à participação do país na economia global.

A cobertura universal em saúde está relacionada à “solidariedade entre pessoas saudáveis e doentes e entre grupos populacionais de todos os níveis de renda”²⁶⁷. Assim como os regimes de seguro social de saúde e de compartilhamento de riscos para despesas médicas são essenciais para a cobertura universal de saúde, a proteção social é crucial para a dimensão social do desenvolvimento sustentável. Existem bons motivos para a aplicação destes princípios além das fronteiras dos países. A proteção social global acarretaria a distribuição adequada de responsabilidades nacionais e internacionais, com mecanismos para arrecadar e redistribuir as transferências, fundamentados tanto em deveres quanto em direitos. A existência de um fundo social global único de proteção à saúde⁹² seria uma melhor alternativa para a atual colcha de retalhos de milhares de esquemas bilaterais e multilaterais de proteção social global ainda permanece uma questão controversa, mas estas são importantes indagações que precisam ser mais bem exploradas e debatidas.

Conclusões

A mensagem predominante da Comissão sobre governança global no campo da saúde é que as graves iniquidades à saúde são moralmente inaceitáveis, e a garantia de que a atividade transnacional não impeça as pessoas de atingirem seu pleno potencial de saúde é uma responsabilidade política global. As causas mais profundas das iniquidades em saúde não tem caráter técnico, desprovido de interesses conflitantes e assimetrias de poder, e estão ligadas à justiça e à equidade e não à variação biológica. A equidade em saúde deve ser uma preocupação de todos os setores políticos, já que o setor saúde não pode enfrentar sozinho estes desafios. A responsabilidade principal recai sobre os governos nacionais. Necessitamos urgentemente que os formuladores de políticas de todas as áreas, bem como as organizações internacionais e a sociedade civil, reconheçam como os determinantes políticos globais influenciam a iniquidade em saúde e promovam um debate público global sobre como estes determinantes devem ser enfrentados. A saúde é condição, consequência e indicador de uma sociedade sustentável e deve ser adotada como valor universal e objetivo social e político por todos.

Contribuições

OPO foi coordenador e JD coordenadora da Comissão. CB, PB, VC, JF, SF-P, BPG, RG, JG, JL, MM, DM, GIM, NM, SM, AN, e GO foram membros da Comissão. EB, ALL, SM, SR, KIS, e IBS foram os membros principais do grupo de pesquisa. Todos os membros da Comissão contribuíram para as ideias e recomendações, assim com o para a estrutura do Informe. Eles também participaram ativamente na redação, edição e comentários às versões preliminares desenvolvidas pelo grupo de pesquisa. Todos os autores aprovaram a versão final do Informe.

Conflitos de interesses

Nós declaramos que não temos conflitos de interesse.

Reconhecimentos

O trabalho da Comissão foi possível graças a doações sem restrições concedidas por: Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD), Norwegian Ministry of Foreign Affairs, Norwegian Ministry of Education and Research, Board of the University of Oslo (Oslo, Norway), e pelo apoio financeiro e de outros apoios do Institute of Health and Society, do Centre for Development and the Environment (ambos da University of Oslo), e do Harvard Global Health Institute (Harvard University, Cambridge, MA, USA). As agências financiadoras não influenciaram no direcionamento, evolução, redação ou publicação do informe. Os apoios financeiros foram administrados segundo as leis norueguesas, com plena divulgação pública. Além dos construtivos conselhos e contribuições, Jeanette H Magnus forneceu a base administrativa e a infraestrutura para a Comissão no Institute for Health and Society da University of Oslo. Somos muito agradecidos a Harald Siem, que desempenhou importante papel no estabelecimento da Comissão e na liderança do Secretariado da mesma, por meio de projetos na sua primeira fase, até o verão de 2012. Valiosa assistência de pesquisa foi realizada por Emmanuella Asabor, Lotte Danielsen, Unni Gopinathan, Just Haffeld, Sverre O Lie, Diego Solares, Larissa Stendie, Elin Suzuki, Rosemary Wyber, and Alyssa Yamamoto. Também agradecemos Maren O Kloster pela assistência técnica e Svein Hullstein pelo apoio administrativo. Somos muito agradecidos a Ron Labonté pelos perspicazes e construtivos comentários e contribuições às versões preliminares do informe em seus diversos estágios. Apresentamos agradecimentos especiais ao People's Health Movement, que contribuiu com seis documentos de referência por meio de um grupo editorial formado por Bridget Lloyd, David Sanders, Amit Sengupta e Hani Serag. Os autores de tais documentos de referência foram Susana Barria, Alexis Benos, Anne-Emanuelle Birn, Chiara Bodini, Eugene Cairncross, Sharon Friel, Sophia Kisting, Elias Kondilis, David Legge, Mariette Loefflerink, Baijayanta Mukhopadhyay, Lexi Bambas Nolen, Jagjit Plahe, Farah M Shroff, Angelo Stefanini, Anne-Marie Thow, Pol De Vos, David van Wyk, and Aed Yaghi. Outros três documentos de referência muito úteis foram desenvolvidos por David Woodward; Bjørn Skogmo e Sigrun Møgedal; e pela Oslo Church City Mission (liderada por Per Kristian Hilden, com co-autoria de Christina Marie Brux Mburu, Arnhild Taksdal, Frode Eick,

Kari Gran, Hanne Haagenrud, Olav Lægdene, Linnea Näsholm, Anna Olofsson). Também agradecemos a Bruce Ross-Larson pelos seus excelentes conselhos editoriais; a John-Arne Røttingen, que teve importante papel no início do projeto; e a Tim Cadman pelas frutíferas discussões. Nossos especiais agradecimentos são extensivos à Youth Commission on Global Governance for Health, coordenada por Unni Gopinathan, pelo permanente apoio ao trabalho da Comissão e a Fundação Rockefeller por albergar a Comissão em reunião da mesma realizada em seu centro em Bellagio, Itália. Também somos muito gratos a Jashodhara Dasgupta e Gertrude I Mongella por albergar reuniões da Comissão em Nova Delhi, Índia e em Arusha, Tanzânia, o que agregou inestimável contribuição de atores da sociedade civil local e de autoridades nacionais.

Referências

- Kickbusch I. Mapping the future of public health: action on global health. *Can J Public Health* 2006; **97**: 6–8.
- FAO, International Fund for Agricultural Development, World Food Programme. The state of food insecurity in the world 2013—the multiple dimensions of food security. Rome: Food and Agriculture Organization, 2013.
- WHO. Global Health Observatory (GHO)—underweight in children. http://www.who.int/gho/mdg/poverty_hunger/underweight/en/index.html (accessed June 24, 2013).
- WHO. Interim report on the implementation of the Tallinn Charter. Copenhagen: World Health Organization, 2011.
- World Bank. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington DC: World Bank, 2011.
- UNDP. Human development report 2013. The rise of the south: human progress in a diverse world. New York: United Nations Development Programme, 2013.
- ILO. World of work report 2013: repairing the economic and social fabric. Geneva: International Labour Organization, 2013.
- Hall G, Patrinos HA, eds. Indigenous peoples, poverty, and development. New York: Cambridge University Press, 2012.
- UN. The Millennium Development Goals report. New York: United Nations, 2012.
- Fonn S, Sundari Ravindran TK. The macroeconomic environment and sexual and reproductive health: a review of trends over the last 30 years. *Reprod Health Matters* 2011; **19**: 11–25.
- Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why equality is better for everyone. London: Penguin Books, 2010.
- Stiglitz J. The price of inequality. New York: Penguin Books, 2012.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; **22**: 429–45.
- Labonté R, Spiegel J. Setting global health research priorities. *BMJ* 2003; **326**: 722–23.
- Birn AE. Making it politic(al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health *Soc Med* 2009; **4**: 166–82.
- Ottersen OP, Frenk J, Horton R. *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, in collaboration with the Harvard Global Health Institute. *Lancet* 2011; **378**: 1612–13.
- Thakur R, Weiss TG. The UN and global governance: an idea and its prospects: Indiana University Press, 2006.
- Benatar SR, Gill S, Bakker I. Making progress in global health: the need for new paradigms. *Int Aff* 2009; **85**: 347–71.
- Fidler D. The challenges of global health governance. New York: Council on Foreign Relations, 2010.
- Szlezák NA, Bloom BR, Jamison DT, et al. The global health system: actors, norms, and expectations in transition. *PLoS Med* 2010; **7**: e1000183.
- Benatar S, Brock G, eds. Global health and global health ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- Kickbusch I. Tackling the political determinants of global health. *BMJ* 2005; **331**: 246–47.
- Kickbusch I. Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promot Int* 2012; **27**: 427–28.
- Global Health Watch. Global Health Watch 3. London: Zed Books, 2011.
- Bambra C, Fox D, Scott-Samuel A. Towards a politics of health. *Health Promot Int* 2005; **20**: 187–93.
- Lee K. How do we move forward on the social determinants of health: the global governance challenges. *Crit Public Health* 2010; **20**: 5–14.
- Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med* 2013; **368**: 936–42.
- Office of the Under Secretary of Defence. Welcome to the OUSD(C) public website. <http://comptroller.defense.gov/> (accessed June 21, 2013).
- Stockholm International Peace Research Institute. SIPRI military expenditure database. http://www.sipri.org/research/armaments/milex/milex_database (accessed Sept 12, 2013).
- Forbes. The world's biggest public companies. <http://www.forbes.com/global2000/list/> (accessed Jan 15, 2013).
- Bill & Melinda Gates Foundation. Who we are—Foundation fact sheet. <http://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Foundation-Factsheet> (accessed April 1, 2012).
- McCoy D, Kembhavi G, Patel J, Luintel A. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. *Lancet* 2009; **373**: 1645–53.
- Florini A. The third force: the rise of transnational civil society. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2000.
- Haas PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *Int Organ* 1992; **46**: 1–35.

- 36 Mitchell R, Clark W, Cash D. Information and influence. In: Mitchell R, Clark D, Cash D, Dickson N, eds. *Global environmental assessment: information and influence*. Cambridge, MA: MIT Press, 2006: 307–37.
- 37 Price R. Reversing the gun sights: transnational civil society targets land mines. *Int Organ* 1998; **52**: 613–44.
- 38 Khagram S. Dams and development: transnational struggles for water and power. Ithaca: Cornell University Press, 2005.
- 39 Hoen E, Berger J, Calmy A, Moon S. Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *J Int AIDS Soc* 2011; **14**: 15.
- 40 Bøås M, McNeill D. Introduction. In: Bøås M, McNeill D, eds. *Global institutions and development: framing the world?* London: Routledge, 2004: 1–12.
- 41 Finnemore M, Sikkink K. International norm dynamics and political change. *Int Organ* 1998; **52**: 887–917.
- 42 Fukuda-Parr S, Hulme D. International norm dynamics and ‘the end of poverty’: Understanding the Millennium Development Goals (MDGs). Manchester: Brooks World Poverty Institute, University of Manchester, 2009.
- 43 Chakravarty S. Policy-making in a mixed economy: the Indian case. Selected economic writings. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 44 Rodrik D. The globalization paradox: democracy and the future of the world economy. New York: Norton, 2011.
- 45 ILO. Social protection for a fair and inclusive globalization. Report of the Social Protection Floor Advisory Group. Geneva: International Labour Organization, 2011.
- 46 Schultz M, Rockström J, Öhman MC, Cornell S, Persson Å, Norström A. Human prosperity requires global sustainability—a contribution to the post-2015 agenda and the development of Sustainable Development Goals. A Stockholm Resilience Centre Report to the Swedish Government Office. Stockholm: Stockholm Resilience Centre, 2013.
- 47 Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; **375**: 1609–23.
- 48 UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality—report 2012. New York: United Nations Children’s Fund, 2012.
- 49 WHO. Children: reducing mortality. Fact sheet no 178. Geneva: World Health Organization, 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> (accessed Oct 7, 2013).
- 50 World Health Organization. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities. WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 51 IHME. Financing global health 2012: the end of the golden age? Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012.
- 52 Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; **380**: 1011–29.
- 53 Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al, and the UNICEF Equity in Child Survival, Health and Nutrition Analysis Team. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet* 2012; **380**: 1341–51.
- 54 Ferguson J. The anti-politics machine. In: Vincent J, ed. *The anthropology of politics: a reader in ethnography, theory, and critique*. Malden: Blackwell, 2002: 399–408.
- 55 UN General Assembly. The universal declaration of human rights. Paris: United Nations, 1948. <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (accessed May 13, 2013).
- 56 UN General Assembly. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations, 1966. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (accessed May 13, 2013).
- 57 UN General Assembly. International covenant on civil and political rights. New York: United Nations, 1966. <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx> (accessed May 13, 2013).
- 58 UN Secretary General. A life of dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the United Nations development agenda beyond 2015. Report of the Secretary General. United Nations General Assembly; New York, NY, USA; July 26, 2013.
- 59 Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice (1945). <https://www.un.org/en/documents/charter/> (accessed Aug 19, 2013).
- 60 UN General Assembly. United Nations millennium declaration. United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Sept 8, 2000.
- 61 Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009; **373**: 1693–733.
- 62 Rydin Y, Bleahu A, Davies M, et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet* 2012; **379**: 2079–108.
- 63 WHO. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care; Alma-Ata, USSR; Sept 6–12, 1978.
- 64 Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. Oslo Ministerial Declaration— global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 2007; **369**: 1373–78.
- 65 Garret L. Existential challenges to global health. New York: Center on International Cooperation, New York University, 2013.
- 66 The World We Want Initiative. Health in the post-2015 agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health. Gaborone and Stockholm: The World We Want Initiative, 2013.
- 67 UN General Assembly. The future we want. Resolution 66/288. Rio+20 United Nations Conference on Sustainable Development; Rio de Janeiro, Brazil; June 20–22, 2012.
- 68 Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.
- 69 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; **381**: 1323–31.
- 70 OECD. Better life index—jobs. 2013. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/jobs/> (accessed June 17, 2013).
- 71 Kondilis E, Bodini C, De Vos P, Benos A, Stefanini A. Fiscal policies in Europe in the wake of the economic crisis: implications for health and healthcare access. Background paper for *The Lancet*—University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/fiscal-policies-eu.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 72 Horton R. The global financial crisis: an acute threat to health. *Lancet* 2009; **373**: 355–56.
- 73 Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009; **338**: b1314.
- 74 WHO. The financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 75 Blyth M. Austerity: the history of a dangerous idea. New York: Oxford University Press, 2013.
- 76 Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010; **340**: c3311.
- 77 Bradley EH, Elkins BR, Herrin J, Elbel B. Health and social services expenditures: associations with health outcomes. *BMJ Qual Saf* 2011; **20**: 826–31.
- 78 Breman A, Shelton C. Structural adjustment and health: a literature review of the debate, its role-players and presented empirical evidence. Cambridge, MA: Commission on Macroeconomics and Health, 2001.
- 79 Woodward D. A high price to pay: IMF governance, management of developing country financial crises, and health impacts. Background paper for *The Lancet*—University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/imf-governance-health.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 80 Schoepf BG, Schoepf C, Millen JV. Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa. In: Kim JY, Millen JV, Irwin A, Greshman J, eds. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe: Common Courage Press, 2000: 91–126.
- 81 Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. *BMJ* 2009; **338**: b1891.
- 82 Howden-Chapman P, Hales S, Chapman R, Keskimäki I. The impact of economic recession on youth suicide: a comparison of New Zealand and Finland. Report 4: social explanations for suicide in New Zealand. Wellington: Ministry of Health New Zealand, 2005.
- 83 Green DJ, Campos JE. Fiscal lessons from the east Asian financial crisis. *J Asian Econ* 2001; **12**: 309–29.
- 84 Prasad N, Gerecke M. Social security spending in times of crisis. *Glob Soc Pol* 2010; **10**: 218–47.
- 85 Ruckert A, Labonté R. The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. *Crit Public Health* 2012; **22**: 267–79.
- 86 OECD. Country statistical profile: Iceland (2013-1). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-iceland_20752288-table-isl (accessed May 15, 2013).
- 87 OECD. Iceland—economic forecast summary (May 2013). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. <http://www.oecd.org/economy/icelandeconomicforecastsummary.htm> (accessed Sept 18, 2013).
- 88 Ortiz I, Cummins M. The age of austerity: a review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries. New York: Initiative for Policy Dialogue, 2013.
- 89 Phillips L. ECB austerity drive raises fears for democratic accountability in Europe. *The Guardian*, Aug 22, 2011.
- 90 ILO. Global employment trends 2013: global unemployment rising again but with significant differences across regions. Geneva: International Labour Organization, 2013. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_202320/lang-en/index.htm (accessed Oct 7, 2013).
- 91 De Schutter O, Sepúlveda M. Underwriting the poor—a global fund for social protection. Geneva: Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2012. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Food/20121009_GFSP_en.pdf (accessed May 15, 2013).
- 92 Ooms G, Stuckler D, Basu S, McKee M. Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the ‘Big Push’. *Glob Health* 2010; **6**: 17.
- 93 Ooms G, Hammonds R, Van Damme W. The international political economy of global universal health coverage. Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research; Montreux, Switzerland; Nov 16–19, 2010. HSR/BCKGRT/3/2010.
- 94 Ooms G, Hammonds R. Global governance of health and the requirements of human rights. *Glob Policy* 2012; **3**: 476–79.
- 95 UN. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/67/302). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Aug 13, 2012.
- 96 European Public Health Alliance. Open letter to the European Council—EU leaders must focus on sustainable, equitable Europe that fosters, and is sustained by, a healthy population. European Public Health Alliance, 2012.
- 97 Woods N, Betts A, Prantl J, Sridhar D. Transforming global governance for the 21st century. New York: Human Development Report Office, 2013.
- 98 Weisbrot M. IMF and World Bank are losing clout in developing countries. *The Guardian*, May 31, 2013.
- 99 Waterfield B. EU put eurozone safety before Greece during bailout, IMF report claims. *The Telegraph*, June 5, 2013.
- 100 Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace (part 2 of 3). *Glob Health* 2007; **3**: 6.
- 101 Chatterjee P. India’s first compulsory licence upheld, but legal fights likely to continue. *Intellectual Property Watch*, March 4, 2013. <http://www.ip-watch.org/2013/03/04/indias-first-compulsory-licence-upheld-but-legal-fights-likely-to-continue/> (accessed June 18, 2013).
- 102 Røttingen J-A, Regmi S, Eide M, et al. Mapping of available health research and development data: what’s there, what’s missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet* 2013; **382**: 1286–307.

- 103 UN Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. Geneva: United Nations, 2000.
- 104 Grover A. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/11/12). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; March 31, 2009.
- 105 Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Public health, innovation and intellectual property rights: report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: World Health Organization, 2006.
- 106 Al-Tuwaijri S, Currat LJ, Davey S, et al. 10/90 Report on health research 2003–2004. Geneva: Global Forum for Health Research, 2004.
- 107 Wade RH. What strategies are viable for developing countries today? The World Trade Organization and the shrinking of 'development space'. *Rev Int Pol Econ* 2003; **10**: 621–44.
- 108 The Harvard Library. Faculty Advisory Council memorandum on journal pricing—major periodical subscriptions cannot be sustained. The Harvard Library, 2012. <http://isites.harvard.edu/icb/icb.do?keywo rd=k77982&tabgroupid=icb.tabgroup143448> (accessed Jan 10, 2013).
- 109 Sell SK. Private power, public law: the globalization of intellectual property rights. New York: Cambridge University Press, 2003.
- 110 't Hoen EFM. The global politics of pharmaceutical monopoly power: drug patents, access, innovation and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health. Diemen: AMB, 2009.
- 111 Waning B, Kyle M, Diedrichsen E, et al. Intervening in global markets to improve access to HIV/AIDS treatment: an analysis of international policies and the dynamics of global antiretroviral medicines markets. *Glob Health* 2010; **6**: 9.
- 112 WTO. Declaration on the TRIPS agreement and public health. Doha: World Trade Organization, 2001.
- 113 Moran M, Giuzman J, Henderson K, et al. Neglected disease research and development: a five year review. Sydney and London: Policy Cures, 2012.
- 114 NIH. The NIH Almanac: Appropriations (section 2). Bethesda: US National Institutes of Health, 2011. <http://www.nih.gov/about/almanac/appropriations/part2.htm> (accessed Jan 20, 2011).
- 115 NIH. NIH Public Access Policy details. Bethesda: National Institutes of Health, 2013. <http://publicaccess.nih.gov/policy.htm> (accessed Jan 29, 2013).
- 116 Suber P. Ensuring open access for publicly funded research. *BMJ* 2012; **345**: e5184.
- 117 Beall R, Kuhn R. Trends in compulsory licensing of pharmaceuticals since the Doha Declaration: a database analysis. *PLoS Med* 2012; **9**: e1001154.
- 118 WHO Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 119 UN Conference on Trade and Development. Global FDI recovery derails. *Glob Invest Trends Monit* 2013; **11**: 1–7.
- 120 UN Conference on Trade and Development. Research and policy analysis. <http://unctad.org/en/pages/DIAE/International%20Investment%20Agreements%20%28IIA%29/Research-and-Policy-Analysis.aspx> (accessed June 21, 2013).
- 121 Sauvant KP, Ortino F. Improving the international investment law and policy regime: options for the future. Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland, 2013.
- 122 WHO. Tobacco. Fact sheet no 339. Geneva: World Health Organization, 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (accessed Aug 10, 2013).
- 123 Blas E, Kurup AS, eds. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 124 WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 125 Lencucha R, Kothari A, Labonté R. The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. *Health Policy Plan* 2011; **26**: 405–12.
- 126 Fong GT, Hammond D, Hitchman SC. The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings. *Bull World Health Organ* 2009; **87**: 640–43.
- 127 Kurtz J. Big tobacco v Australia: taking the battle to the global stage. *The Conversation*, June 27, 2011. <http://theconversation.com/big-tobacco-v-australia-taking-the-battle-to-the-global-stage-2027> (accessed Aug 10, 2013).
- 128 Silverman E. \$100M brawl: Lilly, Canada & an invalidated patent. *Pharmalot*, Dec 13, 2012. <http://www.pharmalot.com/2012/12/100m-brawl-lilly-canada-an-invalidated-patent> (accessed Aug 10, 2013).
- 129 Moody G. Canada denies patent for drug, so US pharma company demands \$100 million as compensation for 'expropriation'. *Techdirt*, Feb 8, 2013. <http://www.techdirt.com/articles/20130208/03441521918/canada-denies-patent-drug-so-us-pharma-company-demands-100-million-as-compensation-expropriation.shtml> (accessed Aug 10, 2013).
- 130 Peterson LE. The global governance of foreign direct investment: madly off in all directions. Geneva: Friedrich Ebert Stiftung, 2005.
- 131 Sornarajah M. The international law on foreign investment. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- 132 Anon. Government of Uruguay taps Foley Hoag for representation in international arbitration brought by Philip Morris to overturn country's tobacco regulation. *Bloomberg*, Oct 8, 2012. <http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=conewsstory&tkr=1289L:US&sid=a-EPICFAFyk2Q> (accessed Aug 10, 2013).
- 133 Freehills HS, Peacock N, Ambrose H. South Africa terminates its bilateral investment treaty with Spain: second BIT terminated, as part of South Africa's planned review of its investment treaties. *Lexology*, Aug 21, 2013. <http://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=daf93855-71f9-425e-92d3-5368d104f8ff> (accessed Sept 30, 2013).
- 134 UN Conference on Trade and Development. IIA Issues Note. Reform of investor-state dispute settlement: in search of a roadmap. United Nations Conference on Trade and Development, 2013.
- 135 Anon. Five ways to tackle disastrous diets—UN food expert. March 6, 2012. <http://www.srfood.org/index.php/en/component/content/article/1-latest-news/2054-five-ways-to-tackle-disastrous-diets-un-food-expert> (accessed June 17, 2013).
- 136 World Bank. World Development Indicators. Washington, DC: World Bank, 2013. <http://databank.worldbank.org/data/download/WDI-2013-ebook.pdf> (accessed April 20, 2013).
- 137 Sen A. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- 138 Friel S, Thow A-M, Plahe J. Challenges to food sovereignty and the risks to human health: the Pacific Islands. Background paper for *The Lancet*—University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/food-sovereignty.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 139 FAO. Committee on World Food Security. Food and Agriculture Organization, 2013. www.fao.org/cfs/en/ (accessed April 20, 2013).
- 140 Gonzalez CG. Institutionalizing inequality: the WTO Agreement on Agriculture, food security, and developing countries. *Columbia J Environ Law* 2002; **27**: 433–90.
- 141 FAO, International Fund for Agricultural Development, World Food Programme. The state of food insecurity in the world—how does international price volatility affect domestic economics and food security? Rome: Food and Agriculture Organization, 2011.
- 142 von Grebmer K, Torero M, Olofinbiyi T, et al. 2011 Global Hunger Index. The challenge of hunger: taming price spikes and excessive food price volatility. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2011.
- 143 Global Health Watch. The global food crisis. In: Global Health Watch. Global Health Watch 3. London: Zed Books, 2012: 165–77.
- 144 Robles M, Torero M, von Braun J. When speculation matters. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2009.
- 145 Cotula L. Land deals in Africa: what is in the contracts? London: International Institute for Environment and Development, 2011.
- 146 Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. *PLoS Med* 2012; **9**: e1001235.
- 147 WHO. Controlling the global obesity epidemic. <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/> (accessed June 17, 2013).
- 148 Hoad V, Somerford P, Katzenellenbogen J. High body mass index overtakes tobacco as the leading independent risk factor contributing to disease burden in Western Australia. *Aust N Z J Public Health* 2010; **34**: 214–15.
- 149 Thow AM, Hawkes C. The implications of trade liberalization for diet and health: a case study from Central America. *Glob Health* 2009; **5**: 5.
- 150 Wilkinson R, Marmot M, eds. Social determinants of health—the solid facts, 2nd edn. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
- 151 IFAD, UNEP. Smallholders, food security and the environment. Rome: International Fund for Agricultural Development, 2013.
- 152 FAO. FAO Food Price Index. www.fao.org/worldfoodsituation/wfs-home/foodpricesindex/en/ (accessed April 20, 2013).
- 153 World Bank. Global economic prospects: commodities at the crossroads. Washington, DC: World Bank, 2009.
- 154 FAO. Number of hungry people rises to 963 million. Food and Agriculture Organization, 2008. <http://www.fao.org/news/story/en/item/8836/> (accessed April 20, 2013).
- 155 De Schutter O. International trade in agriculture and the right to food. Geneva: Friedrich Ebert Stiftung, 2009.
- 156 Labonté R, Mohindra KS, Lencucha R. Framing international trade and chronic disease. *Glob Health* 2011; **7**: 21.
- 157 Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; **378**: 804–14.
- 158 Hendrickson M, Wilkinson J, Heffernan W, Gronski R. The global food system and nodes of power. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1337273 (accessed Feb 23, 2013).
- 159 Borras SM Jr, Franco J. Towards a broader view of the politics of global land grab: rethinking land issues, reframing resistance. Initiatives in Critical Agrarian Studies, Land Deal Politics Initiative, and Transnational Institute, 2010.
- 160 Borras SM Jr, Franco JC. Global land grabbing and trajectories of agrarian change: a preliminary analysis. *J Agrar Chang* 2012; **12**: 34–59.
- 161 Wright BD, Bobenrieth E. The food crisis of 2007/2008: evidence and implications. Food and Agriculture Organization, 2009. <http://www.fao.org/docrep/012/ak341e/ak341e13.htm> (accessed Feb 12, 2013).
- 162 De Schutter O. Food commodities speculation and food price crisis. Regulations to reduce the risks of price volatility: United Nations Special Rapporteur on the Right to Food, 2010.
- 163 von Braun J, Ahmed A, Asenso-Okyere K, et al. High food prices: the what, who and how of proposed policy actions. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2008.
- 164 McKeon N. Global governance for world food security: a scorecard four years after the eruption of the "food crisis". Berlin: Heinrich Böll Stiftung, 2011.
- 165 Gonzalez CG. The global food system, environmental protection, and human rights. *Nat Resour Environ* 2012; **26**.
- 166 Margulis ME. The evolving global governance of food security. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1823453 (accessed Feb 12, 2013).
- 167 Van der Meulen B. The global arena of food law: emerging contours of a meta-framework. *Erasmus Law Rev* 2010; **3**: 217.
- 168 Smith N. Tory doubts over NHS funding pledge. *BBC News*, July 12, 2012. <http://www.bbc.co.uk/news/10592699> (accessed Feb 15, 2013).
- 169 Desmarais AA. The power of peasants: reflections on the meanings of La Via Campesina. *J Rural Stud* 2008; **24**: 138–49.

- 170 La Vía Campesina. The right to produce and access to land. Position of the Vía Campesina on Food Sovereignty. World Food Summit, Rome, Italy; Nov 13-17, 1996.
- 171 Narula S. Reclaiming the right to food as a normative response to the global food crisis. *Yale Hum Rights Dev Law J* 2010; **13**: 403. 172 Beuchelt T, Virchow D. Food sovereignty or the human right to adequate food: which concept serves better as international development policy for global hunger and poverty reduction? *Agric Hum Values* 2012; **29**: 259–73.
- 173 Prakash A. Safeguarding food security in volatile global markets. Rome: Food and Agricultural Organization, 2011.
- 174 Amnesty International, Greenpeace Netherlands. The toxic truth: about a company called Trafigura, a ship called Probo Koala, and the dumping of toxic waste in Côte d'Ivoire. London: Amnesty International and Greenpeace Netherlands, 2012.
- 175 Bambas-Nolen L, Birn A-E, Cairncross E, et al. Case study on extractive industries prepared for *The Lancet* Commission on Global Governance. Background paper for *The Lancet*-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/extrac-indus.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 176 UN Conference on Trade and Development. World Investment Report: transnational corporations, extractive industries and development. New York and Geneva: United Nations, 2007.
- 177 Eisler R. Health risks of gold miners: a synoptic review. *Environ Geochem Health* 2003; **25**: 325–45.
- 178 WHO. Strategic approach to international chemicals management. Report by the Secretariat (A63/21). Sixty-third World Health Assembly; Geneva, Switzerland; March 25, 2010.
- 179 Yan ez L, Ortiz D, Calderon J, et al. Overview of human health and chemical mixtures: problems facing developing countries. *Environ Health Perspect* 2002; **110** (suppl 6): 901–09.
- 180 UNDP. Human Development Report 1998: consumption for human development. New York and Oxford: United Nations Development Programme, 1998.
- 181 Goldman L, Tran N, for the World Bank. Toxics and poverty: the impact of toxic substances on the poor in developing countries. Washington, DC: World Bank, 2002.
- 182 Moran TH, Graham EM, Blomström M, eds. Does foreign direct investment promote development? Washington, DC: Center for Global Development, Institute for International Economics, 2005.
- 183 Anand S, Sen A. The income component of the Human Development Index. *J Hum Dev* 2000; **1**: 83–106.
- 184 CorpWatch. Barrick's dirty secrets: communities respond to gold mining's impacts worldwide. Oakland: CorpWatch, 2007.
- 185 Oxfam America. Investing in destruction. Oxfam America, 2003.
- 186 Bench Marks Foundation. What Government needs to do to prevent another "Marikana". Johannesburg: Bench Marks Foundations, 2012.
- 187 UN Office of the High Commissioner for Human Rights. Guiding principles on business and human rights. New York and Geneva: United Nations, 2011. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf (accessed Jan 3, 2014).
- 188 Ruggie J. Report of the Special Representative of the Secretary-General on the issue of human rights and transnational corporations and other business enterprises. United Nations Human Right Council, 2011.
- 189 Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and their Disposal. Basel Convention, 2011. <http://www.basel.int/Portals/4/Basel%20Convention/docs/text/BaselConventionText-e.pdf> (accessed June 18, 2013).
- 190 Minamata Convention on Mercury. http://www.mercuryconvention.org/Portals/11/documents/conventionText/Minamata%20Convention%20on%20Mercury_e.pdf (accessed Jan 9, 2014).
- 191 Beyond the Alien Tort Claims Act: alternative approaches to attributing liability to corporations for extraterritorial abuses. *Northwest J Int Law Bus* 2005; **26** (43).
- 192 Business & Human Rights Resource Centre. Corporate legal accountability annual briefing. Business & Human Rights Resource Centre, 2012.
- 193 Publish What You Pay. About us. <http://www.publishwhatyoupay.org/about> (accessed June 18, 2013).
- 194 Extractive Industries Transparency Initiative. What is the EITI? <http://eiti.org/eiti> (accessed Nov 25, 2013).
- 195 International Council on Human Rights Policy. Irregular migration, migrant smuggling and human rights: towards coherence. Geneva: International Council on Human Rights Policy, 2010.
- 196 Betts A. Towards a 'soft law' framework for the protection of vulnerable irregular migrants. *Int J Refugee Law* 2010; **22**: 209–36.
- 197 Dauvergne C. Making people illegal: what globalization means for migration and law. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- 198 Hilden PK, Stålseth S. "Other by law": migration, exclusion and naturalizing discourses of citizenship in Norway. *Diaconia* 2012; **3**: 128–38.
- 199 Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union. Berkshire: Open University Press, 2011.
- 200 Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Health effects of migration. *Dan Med Bull* 2007; **54**: 46–47.
- 201 Huber M, Stanciole A, Wahlbeck K, et al. Quality in and equality of access to healthcare services. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008.
- 202 Øien C, Sønsterudbråten S. No way in, no way out? A study of living conditions of irregular migrants in Norway. Oslo: Fafo, 2011.
- 203 Ingleby D. European research on migration and health. Brussels: International Organization for Migration, 2009.
- 204 Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinants of migrants' health *Eurohealth* 2010; **16**: 10–12.
- 205 Taran P, Geronimi E. Globalization, labour and migration: protection is paramount. Geneva: International Migration Programme, International Labour Office, 2003.
- 206 Oslo Church City Mission. Undocumented migration, human trafficking, and the Roma: manifestations of irregular migration and exclusion in Norway, shortcomings in governance, and implications for health, well-being and dignity. Background Paper for *The Lancet*-University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/oslo-church-city-mission.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 207 UN Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report 2009: a global assessment. New York: United Nations, 2011.
- 208 Düvell F. Irregular migration. In: Betts A, ed. Global migration governance. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- 209 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in total migration stock: the 2003 revision. New York: United Nations, 2003.
- 210 ILO. Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. Geneva: International Labour Organization, 2004.
- 211 Abella MI. Mondialisation, marchés du travail et mobilité. *Migrations et avenir* 2002; **14**: 181–94.
- 212 Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Health Hum Rights* 2012; **14**: 49–60.
- 213 WHO. Nygren-Krug H. International migration, health and human rights. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 214 Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med* 2011; **8**: e1001034.
- 215 Grover A. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/23/41). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; May 15, 2013.
- 216 UN General Assembly. International convention on the protection of the rights of all migrant workers and members of their families (A/RES/45/158). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Dec 18, 1990.
- 217 Leitenberg M. Deaths in wars and conflicts in the 20th century. Ithaca: Cornell University, 2006.
- 218 Kaldor M. New & old wars. Stanford: Stanford University Press, 2007.
- 219 Leaning J, Arie S, Holleufer G, Bruderlein C. Human security and conflict: a comprehensive approach. In: Chen LC, Leaning J, Narasimhan V, eds. Global health challenges for human security. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2003: 13–30.
- 220 Slim H. Killing civilians: method, madness, and morality in war. New York: Columbia University Press, 2008.
- 221 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 222 Levy BS, Sidel VW, eds. War and public health. New York: Oxford University Press, 2008.
- 223 JonnalagaddaHaarR, RubensteinLS. Health in post-conflict and fragile states. Washington, DC: United States Institute of Peace, 2012.
- 224 DardaganH, SalamaH. Stolen futures: the hidden toll of child casualties in Syria. London: Oxford Research Group, 2013.
- 225 UNHCR. 2013 UNHCR country operations profile—Democratic Republic of the Congo. United Nations High Commissioner for Refugees, 2013. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=49e45c366&submit=GO> (accessed May 15, 2013).
- 226 ICRC. DR Congo: humanitarian situation deteriorates in the Kivus. Operational update no 01/12. International Committee of the Red Cross, 2012. <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/update/2012/dr-congo-update-2012-05-25.htm> (accessed May 6, 2013).
- 227 Ertürk Y. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. Addendum. Mission to the Democratic Republic of the Congo (A/HRC/7/6/Add.4). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Feb 28, 2013.
- 228 Global Witness. Coming clean: how supply chain controls can stop Congo's minerals trade fuelling conflict. London: Global Witness, 2012. 229 International Crisis Group. Eastern Congo: why stabilization failed. Africa briefing no 91. Kinshasa, Nairobi, and Brussels: International Crisis Group, 2012.
- 230 WHO. Response to the crisis in the Democratic Republic of the Congo. Geneva: World Health Organization, 2012. 231 Paley AR. Iraqi hospitals are war's new 'killing fields'. *Washington Post*, Aug 30, 2006.
- 232 UN Human Rights Council. Assault on medical care in Syria (A/HRC/24/CRP.2). United Nations Human Rights Council, 2013. 233 UNHCR. A year of crises—UNCHR global trends 2011. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2012.
- 234 Loescher G, Milner J. Understanding the challenge. *Forced Migr Rev* 2009; **33**: 9–11.
- 235 The Geneva Conventions of 1949 and their additional protocols. <http://www.icrc.org/eng/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/> (accessed Jan 3, 2014).
- 236 OECD. Think global, act global: confronting global factors that influence conflict and fragility. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012.
- 237 International Coalition for the Responsibility to Protect. A toolkit on the responsibility to protect. International Coalition for the Responsibility to Protect, 2013.
- 238 Harff B. How to use risk assessment and early warning in the prevention and de-escalation of genocide and other mass atrocities. *Glob Responsib Prot* 2009; **1**: 506–31.
- 239 Brinkman HJ, Hendrix CS. Food insecurity and violent conflict: causes, consequences and addressing the challenge. Rome: World Food Programme, 2011.
- 240 O'Neill WG. (Re)Building the rule of law after identity-based conflict: What responsibility to protect practitioners will confront. *Glob Responsib Prot* 2009; **1**: 478–505.
- 241 Lewis P, Pelter Z. UK arms exports: getting it right at home. *OpenDemocracy*, July 20, 2012. <http://www.opendemocracy.net/patricia-lewis-and-zo%C3%AB-pelter/uk-arms-exports-getting-it-right-at-home> (accessed March 10, 2013).
- 242 Holtom P. The UN Conference on an Arms Trade Treaty: no Treaty... yet? *Global Observatory*, Aug 16, 2012. <http://theglobalobservatory.org/analysis/339-the-un-conference-on-arms-trade-treaty-no-treaty-yet.html> (accessed March 10, 2013).

- 243 Greene O, Marsh N. Conclusions and priorities for further research. In: Greene O, Marsh N, eds. *Small arms, crime and conflict: global governance and the threat of armed violence*. London: Routledge, 2011: 248–62.
- 244 Efrat A. Toward internationally regulated goods: controlling the trade in small arms and light weapons. *Int Organ* 2010; **64**: 97–131.
- 245 Kimberley Process Certification Scheme. About. <http://www.kimberleyprocess.com/en/about> (accessed Jan 3, 2014).
- 246 Natural Resource Charter. The twelve precepts. <http://naturalresourcecharter.org/precepts> (accessed Jan 3, 2014).
- 247 UN Security Council. Report of the Secretary-General on the protection of civilians in armed conflict (S/2012/376). New York: United Nations Security Council, 2012.
- 248 Holt V, Taylor G, Kelly M. Protecting civilians in the context of UN peacekeeping operations. New York: United Nations, 2009.
- 249 ICRC. Convention (III) relative to the treatment of prisoners of war. Geneva, Aug 12, 1949. Commentary on Article 3, Part I: General Provisions. <http://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/vwTreaties1949.xsp> (accessed Oct 7, 2013).
- 250 Pelic J. The protective scope of Common Article 3: more than meets the eye. *Int Rev Red Cross* 2011; **93**: 189–225.
- 251 UNDP. The changing nature of conflict: priorities for UNDP response. New York: United Nations Development Programme, 2013.
- 252 Scholte JA, ed. *Building global democracy? Civil society and accountable global governance*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- 253 Weiss TG. *Thinking about global governance: why people and ideas matter*. London: Routledge, 2011.
- 254 WTO. Non-governmental organizations (NGOs): WTO and NGOs. Relations with non-governmental organizations/civil society. http://www.wto.org/english/forums_e/ngo_e/intro_e.htm (accessed Aug 10, 2013).
- 255 Steffek J, Ehling U. Civil society participation at the margins: the case of WTO. In: Steffek J, Kissling C, Nanz P, eds. *Civil society participation in European and global governance: a cure for the democratic deficit?* Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008: 95–115.
- 256 Legge D. Trade and health: an enquiry into the role of the World Health Organisation in promoting policy coherence across the fields of trade and health and, in particular, the origins, implementation and effectiveness of World Health Assembly Resolution 59.26 on international trade and health. Background Paper for *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/who-trade.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 257 Bernauer T, Gampfer R. Effects of civil society involvement on popular legitimacy of global environmental governance. *Glob Environ Chang* 2013; **23**: 439–49.
- 258 Leval PN. The long arm of international law: giving victims of human rights abuses their day in court. *Foreign Aff* 2013; **92**: 19–21.
- 259 Watson N, Younis M, Spratt S. *What next for the BRICS Bank?* Brighton: Institute of Development Studies, 2013.
- 260 Alter KJ, Meunier S. The politics of international regime complexity. *Perspect Polit* 2009; **7**: 13–24.
- 261 Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds). *Health in all policies—prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- 262 Tuncak B, Ditz D. *Paths to global chemical safety: the 2020 goal and beyond*. Washington, DC, and Geneva: Center for International Environmental Law, 2013.
- 263 Lee K, Ingram A, Lock K, McInnes C. Bridging health and foreign policy: the role of health impact assessments. *Bull World Health Organ* 2007; **85**: 207–11.
- 264 UN. *A new global partnership: eradicate poverty and transform economics through sustainable development*. Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations, 2013.
- 265 African Union. *Roadmap on shared responsibility and global solidarity for AIDS, TB and malaria response in Africa*. Addis Ababa: African Union, 2012. http://www.au.int/en/sites/default/files/Shared_Res_Roadmap_Rev_F%5B1%5D.pdf (accessed Jan 16, 2014).
- 266 WHO. Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination (A65/24). Geneva: World Health Organization, 2012.
- 267 Carrin G, Evans D, Xu K. Designing health financing policy towards universal coverage. *Bull World Health Organ* 2007; **85**: 652.