



**UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN “CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS”**

**ANÁLISE DA ABORDAGEM DA OMS, OMPI E OMC QUANTO AO  
DIREITO HUMANO À SAÚDE**

**TESIS DE DOCTORADO**

**HERON FERNANDO DE SOUSA GONZAGA**

**SEVILLA**

**Octubre de 2016**

**ANÁLISE DA ABORDAGEM DA OMS, OMPI E OMC QUANTO AO  
DIREITO HUMANO À SAÚDE**

**HERON FERNANDO DE SOUSA GONZAGA**

Tesis de Doctorado presentada en el programa de Doctorado en “Ciencias Jurídicas y Políticas”, como requisito para la obtención del **Título de Doctor en “Ciencias Jurídicas y Políticas” en la Universidad Pablo de Olavide**

**Diretora da Tese: Profa. Dra. Caroline Proner**

**Tutor: Prof. Dr. Francisco Infante Ruiz**

**SEVILLA**

**Octubre de 2016**

**Universidad Pablo de Olavide**

**Programa de Doctorado en “Ciencias Jurídicas y Políticas” en la Universidad Pablo de Olavide**

El Tutor/a aprueba la Tesis de Máster

**ANÁLISE DA ABORDAGEM DA OMS, OMPI E OMC QUANTO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

Elaborada por

**Heron Fernando de Sousa Gonzaga**

Como requisito para la obtención del Título de Doctor en “Ciencias Jurídicas y Políticas”  
en la Universidad Pablo de Olavide

**Diretora da Tese: Profa. Dra. Caroline Proner**

**Tutor: Prof. Dr. Francisco Infante Ruiz**

**1 de octubre, 2016  
Sevilla, España**

FICHA CATALOGRÁFICA DE EDICIÓN

Universidad Pablo de Olavide – UPO

Doctorado en Ciencias Jurídicas y Políticas

GONZAGA, Heron Fernando de Sousa. Análise da abordagem da OMS, OMPI e OMC quanto ao direito humano à saúde. 553p. [Tesis de Doctorado].

Palavras Chave: saúde; organização mundial da saúde; organização mundial do comércio, organização mundial da propriedade intelectual, direitos humanos; teoria crítica

Heron Fernando de Sousa Gonzaga

## ANÁLISE DA ABORDAGEM DA OMS, OMPI E OMC QUANTO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Dados da aprovação.

### **Composição do Tribunal:**

---

Presidente:

---

Membro:

---

Membro:

---

Membro: (Suplente)

---

Coordenador

Sevilla, de de 2016.

## **Dedicatória**

À Guta, Maria Lúcia e Maria Luísa (minhas companheiras dos últimos 20 anos).

## **Agradecimentos**

Aos Professores Francisco Infante Ruiz (Tutor) e Caroline Proner (Diretora da Tese), por me aceitarem no Programa de Doutorado em “Ciencias Jurídicas y Políticas” da Universidad Pablo de Olavide; assumir minha orientação; pelo respeito e estímulo em todo o meu trajeto.

Ao Programa de Doutorado em “Ciencias Jurídicas y Políticas” da Universidad Pablo de Olavide.

À Universidad Pablo de Olavide, Sevilha, ES.

“...Somos muitos Severinos  
iguais em tudo na vida:  
na mesma cabeça grande  
que a custo é que se equilibra,  
no mesmo ventre crescido  
sobre as mesmas pernas finas  
e iguais também porque o sangue,  
que usamos tem pouca tinta.

E se somos Severinos  
iguais em tudo na vida,  
morremos de morte igual,  
mesma morte Severina:  
que é a morte de que se morre  
de velhice antes dos trinta,  
de emboscada antes dos vinte  
de fome um pouco por dia  
(de fraqueza e de doença  
é que a morte Severina  
ataca em qualquer idade,  
e até gente não nascida).  
Somos muitos Severinos  
iguais em tudo e na sina:  
a de abrandar estas pedras  
suando-se muito em cima,  
a de tentar despertar  
terra sempre mais extinta,  
a de querer arrancar  
alguns roçado da cinza...”

(Morte e Vida Severina - João Cabral de Mello Neto - 1955)



## ÍNDICE

Lista de Quadros .....	4
Lista de Figuras .....	5
Lista de Tabelas .....	6
Lista de Siglas.....	7
Lista de Gráficos.....	9
Resumo .....	10
RESUMEN .....	11
ABSTRACT .....	12
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1. DIREITOS HUMANOS NA VISÃO DA TEORIA CRÍTICA.....	20
1.1 - Teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores .....	20
1.2 - Relação intrínseca da psicanálise com a teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores.....	30
CAPÍTULO 2. DIREITO HUMANO À SAÚDE .....	49
2.1 Saúde e Doença.....	49
2.2. Conceitos de Biopolítica e Biopoder .....	61
CAPÍTULO 3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O DIREITO HUMANO À SAÚDE – ANÁLISE DO 1º DECÊNIO DOS INFORMES (1995-2004).....	77
3.1. Organização Mundial da Saúde – OMS.....	77
3.2. Análises dos Informes da Organização Mundial da Saúde – OMS .....	84
3.2.1 Análises dos Informes da Organização Mundial da Saúde – OMS 1995-2004 .....	86
3.2.1.1. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1995 - Reduzir as desigualdades.....	87
3.2.1.2. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1996 - Combater as doenças, promover o desenvolvimento .....	94

3.2.1.3. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1997 - Vencer o sofrimento, enriquecer a humanidade .....	110
3.2.1.4. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1998 - A vida no século XXI .....	139
3.2.1.5. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1999 - Fazendo a diferença .....	167
3.2.1.6. Informe sobre a saúde no mundo do ano 2000 - Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde .....	183
3.2.1.7. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2001 - Saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças.....	199
3.2.1.8. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2002 - Reduzir os riscos e promover uma vida sã.....	223
3.2.1.9. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2003 - Moldando o futuro.....	241
3.2.1.10. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2004 - Mudando o curso da história .....	270
<b>CAPÍTULO 4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O DIREITO HUMANO À SAÚDE – ANÁLISE DO 2º DECÊNIO DOS INFORMES (2005-2015) .....</b>	<b>288</b>
4.1. Análises dos Informes da Organização Mundial da Saúde – OMS 2005-2015.	288
4.1.1. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2005 – Para que todas as mães e crianças contem .....	288
4.1.2. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2006 – Trabalhadores de Saúde: um perfil global .....	310
4.1.3. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2007 - Um futuro mais seguro: Proteção à saúde pública mundial no século XXI.....	325
4.1.4. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2008 - A atenção primária na saúde. Mais necessária do que nunca. ....	338
4.1.5. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2009 - Situação mundial da segurança rodoviária (Prevenção da violência e dos traumatismos).....	366
4.1.6. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2010 – O financiamento dos sistemas de saúde: o caminho até a cobertura universal .....	380

4.1.7. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2011 (Incapacidade e reabilitação).....	396
4.1.8 – Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2012.....	410
4.1.9. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2013 – Investigações para uma cobertura universal .....	414
4.1.10. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2014.....	437
4.1.11. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2015 - O envelhecimento e a saúde.....	437
<b>CAPÍTULO 5. O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA PROPRIEDADE INTELECTUAL NO DIREITO HUMANO À SAÚDE.....</b>	<b>459</b>
5.1 - Organização Mundial do Comércio.....	459
5.1.1. - Organização Mundial do Comércio – sua constituição e atribuições .....	459
5.1.2. - Organização Mundial do Comércio e direitos humanos.....	464
5.2 - Organização Mundial da Propriedade Intelectual .....	474
5.2.1 - Propriedade intelectual .....	474
5.2.2 - Organização Mundial da Propriedade Intelectual.....	483
5.2.3 – OMPI e Direito humano à saúde .....	487
5.3 – Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial da Propriedade Intelectual e Organização Mundial do Comércio .....	494
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>502</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>5422</b>

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 - Elementos guias para a investigação da saúde e direito humano à saúde na OMS, OMPI e OMC e relação com bens materiais e imateriais.

Quadro 2 – Comparação entre a psicanálise freudiana e teoria crítica de direitos humanos de Herrera Flores.

Quadro 3– Declaração de Caracas.

Quadro 4 - Definições de riscos em saúde.

Quadro 5 - Principais fatores de proteção para a saúde física e mental.

Quadro 6 - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, suas metas e indicadores.

Quadro 7 - A prevenção e tratamento no Brasil e nas Bahamas.

Quadro 8 - Elementos guias para a investigação da saúde e direito humano à saúde na OMS e relação com bens materiais e imateriais presentes nos informes da OMS 1995-2015.

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Diamante ético tridimensional.

Figura 2 - Interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais na expressão dos transtornos mentais e comportamentais.

Figura 3 - Relação multidimensional entre pobreza e saúde mental.

Figura 4 - Cobertura da terapia antirretroviral no mundo no final de 2003.

Figura 5 - Os trabalhadores sanitários salvam vidas.

Figura 6 – Determinantes da força de trabalho.

Figura 7 - Países com déficit crítico de dispensadores de serviços de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras).

Figura 8 - A atenção primária como centro da coordenação: criação de redes na comunidade atendida e comunicação externa.

Figura 9 - Taxas máximas de níveis alcoólicos por países e zonas.

Figura10 - O ciclo das atividades de investigação, dividido em cinco partes, ilustrando com referência à má-nutrição por carência de micronutrientes.

Figura 11 - Principais causas prováveis de morte no mundo no período de 2004 a 2030.

Figura 12 - Multidimensionalidade do ser humano.

Figura 13 - Papel da OMS, OMC e OMPI no direito humano à saúde.

Figura 14 - Pirâmide de Relações - população, médicos, Estado e Mercado.

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Prevalência de transtornos psiquiátricos graves na atenção primária.

Tabela 2 – Número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes no Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2005.

## Lista de Siglas

ADPIC - Aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio

AIDS - Acquired immunodeficiency syndrome

APD - anos perdidos por incapacidade

APP - anos de vida perdidos por morte prematura

APS - Atenção primária à saúde

AVAD - Ano de vida ajustado em função da incapacidade

BIRD - Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento

BIRPI - Escritório Unificado Internacional para a Proteção da Propriedade Intelectual

CUB - Convenção da União de Berna

CUP - Convenção da União de Paris

DALY - Incapacidade Ajustada Por Ano De Vida

FMI - Fundo Monetário Internacional

GATT – General Agreement on Tariffs and Trade (Acordo Geral de Tarifas e de Comércio)

HIV - vírus da imunodeficiência humana

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OIC - Organização Internacional do Comércio

OMC - Organização Mundial do Comércio

OMPI - Organização Mundial da Propriedade Intelectual

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCT - Tratado de Cooperação em Matéria de Patentes

PPME - Iniciativa para a redução da dívida dos países pobres altamente endividados

QALY - Qualidade de Vida Ajustados por Ano de Vida

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

TRIPS - Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio

UN - United Nations

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS

UNCTAD - United Nations Conference on Trade and Development (Conferência das Nações Unidas sobre o comércio e desenvolvimento)

UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees

UNICEF - United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

UPOV - Convênio Internacional para a Proteção de Obtenções Vegetais

WHO - World Health Organization

WIPO - World Intellectual Property Organization

WTO - World Trade Organization



## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Diamante ético

## RESUMO

O direito humano à saúde insere-se numa dimensão social, sendo um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas públicas, que busquem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O maior órgão internacional que trabalha com os aspectos da saúde, na sua forma mais ampla, é a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo responsável em liderar questões globais de saúde, definir a agenda de pesquisa em saúde, estabelecer normas e padrões, articulando opções políticas baseadas em evidências, fornecer apoio técnico aos países e, acompanhar e avaliar as tendências de saúde. Para que possa informar suas ações, bem como a situação da saúde nos vários cenários mundiais, a OMS apresenta um informe anual. A principal proposta do informe é fornecer aos países, agências doadoras, organizações internacionais e outras instituições, a informação de que necessitam para ajudá-los a tomar decisões políticas e de financiamento. No de ano 2013, observa-se uma aproximação da OMS com a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) e Organização Mundial do Comércio (OMC). Esta aproximação reforça a necessidade do estudo de como estas Instituições se propõem a abordar este direito. A análise dos informes anuais da OMS do ano de 1995 a 2015 mostrou que a instituição tem na sua estrutura uma visão implícita de direitos humanos com relação à dignidade humana, buscando as condições materiais e imateriais de se viver uma vida digna de ser vivida. Com relação à OMC e OMPI, o estudo realizado mostra um comprometimento com o capital, com o mercado e não com o direito humano à saúde. Sendo a OMS um órgão de orientação, o mesmo pode ser uma possibilidade de liderança na dependência de outras instituições, como a OMC e OMPI e, fundamentalmente, através dos seus Estados membros, com suas políticas públicas para tal.

## RESUMEN

El derecho humano a la salud es parte de una dimensión social, al ser un derecho de todos y deber del Estado, garantizado por las políticas públicas que buscan reducir el riesgo de enfermedades y otros problemas de salud y el acceso universal equitativo a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. El principal organismo internacional que trabaja con los aspectos de la salud, en su forma más amplia es la Organización Mundial de la Salud (OMS), a cargo de las cuestiones principales de la salud mundial, definir la agenda de investigación en salud, establecer normas y estándares, articular opciones de política basadas en evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Con el fin de informar a sus acciones y la situación de salud en los diferentes escenarios globales, la OMS presenta un informe anual. El objetivo principal del informe es proporcionar a los países, los organismos donantes, las organizaciones internacionales y otras instituciones, la información que necesitan para ayudarles a tomar decisiones políticas y de financiación. En el año 2013, hay una aproximación de la OMS y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y la Organización Mundial del Comercio (OMC). Este enfoque refuerza la necesidad de estudiar cómo estas instituciones tienen la intención de hacer frente a este derecho. El análisis de los informes anuales de la OMS del año 1995 a 2015, mostró que la institución tiene en su estructura una visión implícita de los derechos humanos con respeto a la dignidad humana, la búsqueda de las condiciones materiales y no materiales para vivir una vida digna de ser vivida. En cuanto a la OMC y la OMPI, el estudio demuestra el compromiso del capital, con el mercado y no con el derecho humano a la salud. A medida que el cuerpo de una política de la OMS, puede haber una posibilidad de liderazgo, la responsabilidad de otras instituciones como la OMC y la OMPI, y principalmente a través de sus estados miembros, con las políticas públicas para hacerlo.

## **ABSTRACT**

The human right to health is part of a social dimension, being a right of all and duty of the State, guaranteed by public policies that seek to reduce the risk of diseases and other health problems and equitable universal access to actions and services for its promotion, protection and recovery. The main international body that works with the aspects of health, in its broadest form is the World Health Organization (WHO), in charge of leading global health issues define the health research agenda, setting norms and standards, articulating evidence-based policy options, providing technical support to countries and monitoring and assessing health trends. In order to inform their actions and the health situation in the various global scenarios, WHO presents an annual report. The main purpose of the report is to provide countries, donor agencies, international organizations and other institutions, the information they need to help them make policy and funding decisions. In the year 2013, there is an approximation of the WHO and the World Intellectual Property Organization (WIPO) and World Trade Organization (WTO). This approach reinforces the need to study how these institutions intend to address this right. The analysis of annual reports of the WHO of 1995 to 2015 showed that the institution has in its structure an implicit vision of human rights with respect for human dignity, seeking the material and immaterial conditions to live a life worth living. Regarding the WTO and WIPO, the study shows a commitment to the capital, with the market and not with the human right to health. As the WHO a policy body, it may be a possibility of leadership depending on other institutions such as the WTO and WIPO, and primarily through its member states, with public policies to do so.

## INTRODUÇÃO

Na concepção de Herrera Flores, os direitos humanos são entendidos como a forma ocidental hegemônica da luta pela dignidade humana. Os direitos humanos, mais que direitos “propriamente ditos”, são processos; ou seja, o resultado, sempre provisório das lutas que os seres humanos colocam em prática para ter acesso aos bens necessários para a vida. Assim, quando falamos de direitos humanos, falamos de dinâmicas sociais que tendem a construir condições materiais e imateriais necessárias para conseguir determinados objetivos genéricos que estão fora do direito.

Abordando os direitos humanos com sua complexidade, Herrera Flores se reporta a Sherman, que numa revisão renovada do socialismo, apresenta que os fenômenos que se dão numa formação social determinada, como os direitos humanos, estes só podem ser entendidos no âmbito da soma de seus processos sociais e econômicos.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas, que busquem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esta é, em princípio, um direito humano de todas as pessoas, independentemente de sua idade, sexo, condição cultural, religiosa, política, língua, lugar em que vivem, ou qualquer outra condição. O cumprimento deste direito é uma responsabilidade, principalmente do Estado, e uma corresponsabilidade de pessoas, tanto individual como coletivamente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, tornou-se *irreal, ultrapassada e unilateral*. O conceito de saúde de 1948 foi ampliado no ano de 1986 no “Health Promotion Glossary” (Glossário de Promoção à Saúde).

Obviamente, a ampliação do conceito de saúde possibilitou uma maior compreensão do estado, apesar da grande complexidade conceitual na abordagem do mesmo. Nesta nova conceituação já se observa as relações socioeconômicas, as crenças, tradições, bem como relações com o meio ambiente.

O debate internacional em torno da promoção da saúde vem ganhando destaque crescente desde a publicação do Relatório Lalonde e da realização da Conferência de Alma Ata (1978), marcos históricos na inflexão de uma perspectiva política de abordagem das intervenções sobre a saúde, que ressalta a articulação da saúde com as condições de vida e a necessidade de intervenções globais sobre seus determinantes. Assim, ainda que a promoção da saúde tenha sido incorporada como tarefa essencial da medicina ou como nível de prevenção das doenças, foi na Carta de Ottawa (WHO, 1986), em 1986, que se firmou como proposição de natureza política a ser incorporada como diretriz na formulação de políticas públicas de saúde de diversos países.

O maior órgão internacional que trabalha com os aspectos da saúde, na sua forma mais ampla, é a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta foi criada como uma agência específica das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1948, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas. Sua existência oficial foi declarada em 7 de abril daquele ano, depois de mais da metade dos membros da ONU ter assinado sua constituição.

Para que possa informar suas ações, bem como a situação da saúde nos vários cenários mundiais, a OMS apresenta um informe anual. O primeiro informe publicado pela OMS foi em 1995, sendo esta a publicação líder da OMS. O informe combina uma avaliação de especialistas da saúde global, incluindo as estatísticas relativas a todos os países, com foco em um assunto específico. A principal proposta do informe é fornecer aos países, agências doadoras, organizações internacionais e outras instituições, a informação de que necessitam para ajudá-los a tomar decisões políticas e de financiamento. O informe também é oferecido para um público mais amplo, de universidades, hospitais de ensino e escolas, aos jornalistas e ao público em geral, qualquer um, na verdade, com interesse pessoal ou profissional em questões internacionais da saúde.

Obviamente pelo descrito acima fica clara a participação dos fatores econômicos envolvidos no financiamento das ações e medidas da OMS e, implicitamente ligados à lógica do sistema capitalista e a conceitos, como propriedade intelectual e a relação com a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Organização da Propriedade Intelectual (OMPI).

A Organização Mundial do Comércio (OMC) é uma organização internacional global apresentada com o objetivo de atuar nas regras do comércio entre as nações. Na sua essência os acordos da OMC são negociados e assinados pela maioria das nações comerciais do mundo e ratificados em seus parlamentos. O discurso oficial da mesma coloca que o objetivo da organização é ajudar os produtores de bens e serviços, exportadores e importadores a conduzir seus negócios.

A Convenção da Organização Mundial da Propriedade Intelectual - OMPI (WIPO) - define como Propriedade Intelectual, a soma dos direitos relativos às obras literárias, artísticas e científicas, às interpretações dos artistas intérpretes e às execuções de radiodifusão, às invenções em todos os domínios da atividade humana, às descobertas científicas, aos desenhos e modelos industriais, às marcas industriais, comerciais e de serviço, bem como às firmas comerciais e denominações comerciais, à proteção contra a concorrência desleal e todos os outros direitos inerentes à atividade intelectual nos domínios industrial, científico, literário e artístico.

A Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) é uma das 16 agências especializadas da ONU, criada em 1967, com sede em Genebra. A agência se dedica à constante atualização e proposição de padrões internacionais de proteção às criações intelectuais em âmbito mundial. Os exemplos mais marcantes desta atuação são o Tratado de Cooperação em Matéria de Patentes (PCT); o apoio ao Convênio Internacional para a Proteção de Obtenções Vegetais (UPOV); o Protocolo de Madrid, para o registro internacional de marcas; e as negociações relativas à harmonização no campo de patentes e marcas e direito de autor.

Considerando as interligações existentes entre direitos humanos, saúde, OMS e OMPI, torna-se fundamental investigar os impactos do avanço tecnológico sobre as regras de propriedade intelectual vigente, especialmente sobre as regras que delimitam os direitos de autor, e os indícios de que trariam restrições aos benefícios trazidos pelas novas tecnologias. Neste caminho, mister se faz investigar os motivos que impulsionam medidas restritivas de acesso aos bens culturais e sua relação com os interesses patrimoniais dos investidores e não propriamente dos autores originários. Uma vez deflagrados os reais interesses que fundam o sistema de proteção autoral, poder-se-á questionar se as recomendações da OMS não estariam mais preocupadas com interesses de intermediários e da indústria distante do autor original.

Reforçando a proposição do estudo a ser desenvolvido nesta tese e mostrando a atualidade do tema, no dia 5 de fevereiro de 2013, pela primeira vez as três organizações intergovernamentais globais relacionados com a propriedade de saúde (OMS), intelectual (OMPI) e comércio (OMC) colocaram seus conhecimentos em um estudo sobre as políticas necessárias para avançar tecnologias nas áreas da medicina e da saúde e garantir que atinjam os necessitados.

A publicação originária do encontro abordou uma ampla gama de questões complexas, ainda vinculadas entre si, relativas à saúde pública e a inovação tecnológica em medicina, com objetivo de proporcionar acessibilidade de se colocar os médicos à disposição de todos os enfermos do mundo.

As tecnologias médicas (medicamentos, vacinas e dispositivos sanitários) são essências para a saúde pública. Os problemas de acesso a medicamentos essenciais e de falta de investigação orientada a enfermidades não atendidas têm sido persistentes.

Sabemos que o custo elevado destes medicamentos, vacinas e equipamentos, muitas vezes fundamentais na prevenção e tratamento de doenças frequentes são questões essenciais para o exercício do direito humano à saúde. E para este exercício, na sua grande maioria faz necessária a quebra de patentes da indústria. Lembramos que estas patentes, na sua maior parte, não são mais propriedade intelectual dos cientistas que desenvolveram a tecnologia e sim, das indústrias que adquiriram estas patentes.

Como apresentado no texto se observa uma aproximação entre as três organizações (OMS, OMPI e OMC).

Partindo-se da premissa que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas, que busquem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação torna-se necessária o estudo das relações estabelecidas ou que se estabelecem entre as Instituições com liderança mundial nos temas envolvidos.

Além disso, o fato dos tratamentos serem bastante onerosos, especialmente em razão dos custos dos medicamentos, elevados em face do direito de propriedade das patentes dos laboratórios, exige-se uma análise da situação a partir de uma visão crítica, vinculada a um conceito material de dignidade humana baseado no acesso igualitário aos bens necessários para uma vida digna de ser vivida.



Sendo a OMS, o maior órgão internacional que trabalha com os aspectos da saúde e a aproximação com as outras duas organizações (OPI e OMC), o estudo de como estas Instituições se propõem a abordar este direito como forma de garantir a dignidade das pessoas se mostra de fundamental importância neste momento.

Todos esses aspectos precisam ser analisados em conjunto, a partir da metodologia referencial representada pelo “diamante ético”, elaborada pelo Herrera Flores, estudando-se os elementos Narração, Instituição, Historicidade e Teoria.

Após essa introdução teórica, escolhemos os seguintes elementos apresentados no Quadro 1 para buscar a identificação e analisar nos informes e boletins das três instituições (OMS, OMPI e OMC) com relação aos bens necessários para se contemplar o direito humano à saúde, ou seja, a saúde na sua conceituação e condições:

Quadro 1 - Elementos guias para a investigação da saúde e direito humano à saúde na OMS, OMPI e OMC e relação com bens materiais e imateriais.

SAÚDE	DIREITO HUMANO À SAÚDE	Bens necessários
Elementos constituintes da saúde – OMS (Carta de Otawa – 1986)	Bem-estar físico, social e mental	Bens materiais e imateriais
Pré-requisitos (outros direitos humanos)	Paz, recursos econômicos adequados, alimentação e moradia e uso dos recursos ecossistema estável e sustentável	Bens materiais e imateriais
Promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação	Perspectivas políticas – Políticas públicas de saúde	Bens materiais e imateriais

A hipótese desta tese ficaria assim definida: “as práticas da OMS, OMPI e OMC respondem a uma consideração da saúde como direito humano?”. As respostas a estas perguntas serão a proposição desta tese de doutorado.

Este trabalho se inicia com a apresentação, no Capítulo 1, sobre direitos humanos na visão da teoria crítica. No item 1.1, discorreremos sobre aspectos introdutórios desta teoria crítica a partir do autor base do programa de Doutorado em “Ciências Jurídicas e Políticas” (Direitos Humanos), Herrera Flores. Complementando o estudo da teoria, que leva em conta as lutas sociais e os aspectos culturais, no item 1.2 escreveremos sobre a relação intrínseca da psicanálise freudiana com a teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores.

No capítulo 2, apresentaremos a saúde como um direito humano e a importância da teoria de biopolítica e biopoder de Michel Foucault para a compreensão da mesma. No item 2.1, apresentaremos os conceitos de saúde e doença, suas definições, conceituações, bem como suas relações com os aspectos sociais, econômicos e uma visão da mesma com a biopolítica. No item 2.2 discorreremos sobre biopolítica e biopoder, conceitos estes, fundamentais, quando se propõe estudar um tema, como saúde, relacionando-o com uma teoria crítica de direitos humanos.

O capítulo 3 intitulou-se Organização Mundial da Saúde e o direito humano à saúde – análise do 1º decênio dos informes (1995-2004). No item 3.1, apresentaremos a Organização Mundial da Saúde. No item 3.2, analisaremos o direito humano à saúde nos informes do 1º decênio dos informes (1995-2004).

O capítulo 4 foi intitulado Organização Mundial da Saúde e o direito humano à saúde – análise do 2º decênio dos informes (2005-2015), quando procedemos a análise destes informes à luz teoria crítica de direitos humanos.

No capítulo 5, apresenta-se o papel da organização mundial do comércio e da organização mundial da propriedade intelectual no direito humano à saúde. No item 5.1, discorreremos sobre a Organização Mundial do Comércio (OMC), sua constituição e atribuições, e sua relação com os direitos humanos. No item 5.2, apresentaremos a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI), definição de Propriedade Intelectual, a OMPI e sua constituição, desde sua criação, suas atribuições e procedimentos, e relação com o direito humano à saúde. No item 5.3 abordou-se o documento realizado em conjunto entre Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial da Propriedade Intelectual e Organização Mundial do Comércio.

Finalizando o trabalho, foram feitas considerações sobre as análises realizadas sobre o direito humano à saúde que permeiam as instituições envolvidas.

## CAPÍTULO 1. DIREITOS HUMANOS NA VISÃO DA TEORIA CRÍTICA

Muitas são as teorias sobre direitos humanos que foram pesquisadas e publicadas por diversos autores. Nesta tese a abordagem se restringirá à teoria crítica desenvolvida pelo filósofo e jurista espanhol Joaquín Herrera Flores, teoria esta que utilizamos para embasar nossa discussão sobre direitos humanos.

### 1.1 - Teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores

Na concepção de Herrera Flores, os direitos humanos são entendidos como a forma ocidental hegemônica da luta pela dignidade humana<sup>1</sup>. Entenda-se por dignidade não o simples acesso aos bens, mas que tal acesso seja igualitário e não esteja hierarquizado “*a priori*” por privilégios. O conteúdo básico dos direitos humanos não é o direito a ter direitos, mas o conjunto de lutas pela dignidade, cujos resultados poderão ser garantidos por normas jurídicas, políticas públicas e por uma economia aberta às exigências de dignidade<sup>2</sup>.

Herrera Flores (2005) define assim a dignidade<sup>3</sup>:

La dignidad, pues, como sustrato sobre el que descansa esa condición mundana-inmanente de un ser humano fronterizo que lucha por encontrar su lugar en el mundo, tendría que ver con

---

<sup>1</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Teoria Crítica dos Direitos humanos. Os direitos humanos como produtos culturais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 14.

<sup>2</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 37.

<sup>3</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 26.

dos conceptos prácticos que comparten el sufijo latino *tudine*, cuyo significado es la dinámica que nos induce a hacer algo o a tener una disposición con respecto a algo.

Portanto, na teoria crítica de Herrera Flores, poderemos entender dignidade como acesso aos bens, sejam estes materiais ou imateriais, como descrito no parágrafo abaixo<sup>4</sup>:

Por isso, nós não começamos pelos “direitos”, mas sim pelos “bens” exigíveis para se viver com dignidade: expressão, convicção religiosa, educação, moradia, trabalho, meio ambiente, cidadania, alimentação sadia, tempo para o lazer e formação, patrimônio histórico-artístico, etc. Prestemos muita atenção, estamos diante de bens que satisfazem necessidades, e não de um modo “*a priori*” perante direitos. Os direitos virão depois das lutas pelo acesso aos bens. Algumas vezes essas lutas poderão se apoiar em sistemas de garantias já formalizados (e aí a luta jurídica se une à luta social de um modo importante), mas, outras vezes, as lutas não poderão se apoiar em uma norma e se situar em planos de “alegalidade” (veja-se o caso das práticas sociais para acolher, proteger e promover as migrações no contexto europeu). As normas jurídicas resultantes nos servirão para garantir – como dissemos de um modo não neutro – um determinado acesso a tais bens. Daí sua importância. Porém, daí também seu caráter instrumental e seu apego aos interesses e às expectativas de quem ostenta a hegemonia na sociedade de que se trate.

---

<sup>4</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 34-35.

A saúde pode parecer um direito tão óbvio, que não foi salientada diretamente no parágrafo acima, mas retomada no parágrafo a seguir<sup>5</sup>:

Falamos, por conseguinte, dos processos de divisão social, sexual, étnica e territorial do fazer humano. Segundo a “posição” que ocupemos em tais marcos de divisão do fazer humano, teremos uma maior ou uma menor facilidade para ter acesso à educação, à moradia, à saúde, à expressão, ao meio ambiente, etc. Ocupam a mesma posição nos referidos sistemas de divisão do fazer humano os habitantes da Noruega e os que nasceram na Somália? Algo ocorre para que isso não seja assim.

O direito humano à saúde, tem que ser abordado nesta tese, está incluído nos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. No ano de 1966 foram firmados os dois principais pactos internacionais: o dos Direitos Cíveis e Políticos e o dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Esses direitos são admitidos como universais e indivisíveis, por possuir condição de pessoa, que é requisito mínimo, para ser titular de direitos. Portanto, o ser humano é visto como um ser essencialmente moral com unicidade existencial e dignidade. Também é marcado pela indivisibilidade, tendo em vista que a garantia dos direitos cíveis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Dessa maneira, quando um deles é violado, os demais também o são<sup>6</sup>.

Assim, a proposta de se estudar o direito humano à saúde, como exemplo, é uma forma analítica de se apresentar um estudo. No entanto, para que o direito não seja violado todos os direitos devem ser contemplados e respeitados em conjunto.

---

<sup>5</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 36.

<sup>6</sup> PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea*. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006. PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea*. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006. p 18.

Entendendo os direitos humanos a partir do acesso a bens materiais ou imateriais imprescindíveis para se viver uma vida digna, este acesso é uma marca fundamental para se diferenciar a teoria tradicional de direitos humanos de uma teoria crítica, como a de Joaquín Herrera Flores. Na teoria tradicional, ou também chamada de *jusnaturalista*, o acesso seria garantido pelo nascimento. Como apresentado na citação acima, Herrera Flores questiona se a divisão do fazer humano ocupa a mesma posição para os nascidos na Noruega e na Somália. A resposta é sabida de todos.

A teoria tradicional se detém no “quê” são os direitos. Para os que a defendem, fala-se de algo já alcançado que não tem por que ser objeto de maior investigação, nem, é claro, de contextualização histórica, social, cultural ou política. O preâmbulo e os dois primeiros artigos da Declaração Universal de 1948 nos dizem que: todos temos os direitos reconhecidos nesta Declaração. Contudo, para nós, é muito importante ampliar a análise e trabalhar no “porquê” de todos esses processos. Essa questão já não concerne ao que são os direitos, mas sim ao seu “significado”<sup>7</sup>.

Desde 1948 até os dias atuais, a comunidade internacional tem como desafio a implantação dos direitos humanos. Entretanto, deve se levar em conta que estes textos foram redigidos durante a Guerra Fria. Atualmente vivemos um novo contexto social, econômico, político e cultural, com paralisação das medidas interventoras do Estado e o mercado impondo suas regras ao Estado. Nas últimas décadas, observamos à substituição dos direitos obtidos pelo que se denominou de “liberdades”<sup>8</sup>.

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, os direitos são apresentados como algo que já temos pelo fato de simplesmente sermos seres humanos absolutamente à margem de qualquer condição ou característica social. No entanto, a maioria da população mundial não pode exercê-lo por falta de condições materiais para isso<sup>9</sup>.

Depois de mais de sessenta anos de vigência de uma Declaração de Direitos Humanos, que se autoproclama como universal, os direitos humanos seguem sem serem

---

<sup>7</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 35-36.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 29-30.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 33.

cumpridos em grande parte de nosso mundo. E por que isto ocorre? Só por falta de vontade dos governos representados na Assembleia Geral da ONU? Ou não será melhor dizer que o contexto de relações sociais, influenciado pela forma econômica dominante no sistema mundial, tem impedido sua implantação efetiva e real? Permanece assim, o histórico do descumprimento dos direitos em larga escala<sup>10</sup>:

La historia de los incumplimientos de los derechos es tan larga, tan continuada y, desafortunadamente, tan actual que no es preciso siquiera ahondar más en ella. Consultemos únicamente los informes anuales promovidos por Naciones Unidas y constataremos el abismo cada vez mayor que existe entre lo proclamado en la declaración y las realidades concretas en que viven las cuatro quintas partes de la humanidad. Por mucho que las filosofías idealistas e *iusglobalizadoras* que predominan en tal texto intenten escamotearnos el peso fatal de esta realidad, esta irrumpe en nuestras vidas cada vez que abrimos los ojos y contemplamos lo que ocurre a nuestro alrededor.

A partir de uma série de mudanças substanciais que se aceleram nos tempos atuais, os direitos humanos se convertem no objetivo do século XXI. A deterioração do meio ambiente, as injustiças sociais propiciadas por um comércio e por um consumo indiscriminado e desigual, a continuidade de uma cultura de violência e guerras, a realidade do multiculturalismo e as deficiências em materiais da saúde e da convivência individual e social, obriga-nos a pensar e, por conseguinte, a traduzir os direitos humanos desde uma perspectiva *nova, integradora, crítica e contextualizada*, como apresentada nos parágrafos abaixo.

---

<sup>10</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 19.



Uma visão nova dos direitos humanos vem se apresentar, após a Segunda Grande Guerra Mundial, em consequência dos horrores cometidos na mesma<sup>11</sup>:

*Nueva*, en cuanto que el contexto es nuevo: para los redactores de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el problema principal era la descolonización y la consolidación de un régimen internacional ajustado a la nueva configuración de poder surgida tras la terrible experiencia de las dos guerras mundiales.

Faz-se necessária uma visão integradora dos direitos humanos como um desafio para nos defendermos da avalanche ideológica de um neoliberalismo agressivo e destruidor das conquistas sociais dos anos sessenta e setenta<sup>12</sup>:

*Integradora*, en cuanto que ya no podemos hablar sin rubor de dos clases de derechos humanos: los individuales (libertades públicas) y los sociales, económicos y culturales. Sólo hay una clase de derechos para todos: los derechos humanos.

Já numa visão crítica se considera às desigualdades de desenvolvimento e políticas para o mesmo. Nesta visão se pode pensar o exercício da liberdade diretamente ligado ao da igualdade. As condições do exercício da liberdade, ou seja, a igualdade é um tema tão importante e urgente, como a defesa das liberdades individuais<sup>13</sup>:

*Crítica*: se ve, pues, como una necesidad entender los derechos humanos desde la perspectiva de la estrecha vinculación entre

---

<sup>11</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000. p.43.

<sup>12</sup> *Ibidem*, p.44.

<sup>13</sup> *Ibidem*, p.45.

ellos y las políticas de desarrollo. Cómo respetar derechos humanos concretos en países agobiados económica y políticamente por tener que pagar una deuda y unos intereses que les impiden crear condiciones (desarrollo) que posibiliten prácticas sociales a favor de los derechos.

E dando significado a um arcabouço teórico temos uma teoria contextualizada de direitos humanos, já que não podemos entendê-los sem vê-los como parte da luta de grupos sociais, empenhados em promover a emancipação humana<sup>14</sup>:

*Contextualizada:* Los derechos humanos no solo se logran en marco de las normas jurídicas que propician su reconocimiento, sino también, y de un modo muy especial, en las prácticas sociales de ONGs, de Asociaciones, de Movimientos Sociales, de Partidos Políticos, de Iniciativas Ciudadanas y reivindicaciones de grupos, sean minoritarios (indígenas) o no (mujeres) que de un modo u otro han quedado tradicionalmente marginados del proceso de positivación y reconocimiento institucional de sus expectativas.

Não podemos entender e ver os direitos humanos sem vê-los como parte da luta de grupos sociais, empenhados em promover a emancipação humana. Sendo assim, a contextualização dos direitos humanos como práticas sociais concretas facilita ir contra a homogeneização, invisibilização, centralização e hierarquização das práticas institucionais tradicionais. Herrera Flores resume esta visão de participação e mobilização para uma transformação social e que a ausência do engajamento está

---

<sup>14</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000. p.46.

diretamente ligada à convivência com a permanência das injustiças sociais na seguinte frase<sup>15</sup>: “No hay duda, la indiferencia es el efecto de la complicidad”.

Portanto, numa visão de teoria crítica de direitos humanos como a proposta por Herrera Flores, mais que direitos “propriamente ditos“, direitos humanos são processos; ou seja, o resultado sempre provisório das lutas que os seres humanos colocam em prática para ter acesso aos bens necessários para a vida. Assim, promovemos processos de direitos humanos, porque necessitamos ter acesso aos bens exigíveis para viver e é necessário a luta para obtê-los<sup>16</sup>.

Os direitos humanos, como pode se ver nos parágrafos anteriores, é um tema de alta complexidade. Por um lado, neles se dá uma confluência estreita entre elementos ideológicos e culturais. Por outro lado, sua natureza normativa está estreitamente imbricada na vida concreta das pessoas. Não podemos compreender de que estamos falando, sem uma análise que não parta desta complexidade teórica e deste comportamento humano<sup>17</sup>.

Como em geral todo fenômeno jurídico e político, os direitos humanos estão permeados por interesses ideológicos e não podem ser entendidos à margem de seu tom cultural. Contudo, como ocorre quando um fenômeno se reconhece juridicamente, começa-se a negar seu caráter ideológico, sua estreita vinculação com interesses concretos, e seu caráter cultural; ou seja, retira-se do contexto, universaliza-se e assim, subtrai-se sua capacidade e sua possibilidade de se transformar e transformar o mundo desde uma posição que não seja a hegemônica<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000. p.46.

<sup>16</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 33.

<sup>17</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000. p.19.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p.23.

Portanto, podemos, a partir da teoria crítica, entender que direitos humanos podem ser o acesso a bens materiais ou imateriais decorrentes de processos de lutas sociais, quando vemos claramente o marxismo como um pilar desta teoria.

No então, também temos que vê-los como produtos culturais. Para começar a falar de direitos humanos como produtos culturais, é preciso tomar consciência do diferente. Assumir isto não é tarefa fácil. Historicamente as culturas hegemônicas tentaram se fechar sobre si mesmas e apresentar o outro como o bárbaro, o selvagem, o incivilizado e, como consequência, suscetível de ser colonizado pelo que se autodenomina civilização. Partir dos direitos humanos como produtos culturais se supõe, então, diferenciar-se desse modo ao considerar o diferente. E isso se consegue unicamente depois de um árduo e difícil processo de reconhecimento cultural.

Esta sensibilidade que faz a diferença, e é de importância crucial para entender o que falamos, quando utilizamos o conceito de direitos humanos, entendidos como produtos culturais<sup>19</sup>:

Históricamente las culturas hegemónicas han intentado cerrarse sobre sí mismas y presentar lo otro como lo bárbaro, lo salvaje, lo incivilizado y, como consecuencia, susceptible de ser colonizado por lo que se autodenomina civilización.

Os direitos humanos, portanto, não podem ser compreendidos fora dos contextos sociais, econômicos, políticos e territoriais, nos quais e para os quais se dão<sup>20</sup>. Como todo produto cultural, os direitos humanos pertencem ao contexto no qual surgem e para o qual funcionam como categorias legitimadoras ou antagonistas da ideia hegemônica de vida digna que prima numa determinada e concreta formação social. Em outros contextos culturais, ou seja, em outras formas de explicar, interpretar e intervir no mundo, os caminhos de dignidade têm surgidos de forma diferente no contexto de

---

<sup>19</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 16.

<sup>20</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 51, 56.

relações impostos pelo capital. Cada formação social constrói cultural e historicamente seus caminhos para a dignidade. O que diferencia o ocorrido na modernidade ocidental de outras modernidades, ou outros contextos de relações, é que no Ocidente a forma hegemônica de relação social teve desde suas origens uma vocação expansiva e globalizada de força muito maior que as dominantes em outras formas de percepção do mundo e da vida humana<sup>21</sup>.

A contínua construção de signos, que estabelecem, transforma e cria relações entre os objetos do mundo e nossas ações, proporciona sempre um excesso de significação ao mundo que nos rodeia: assim, o que antes era um mero produto natural ou uma forma de relação não percebida como tal, ao ser representada simbolicamente, converte-se em um produto cultural<sup>22</sup>.

Entre as múltiplas versões que tentaram conduzir à origem cultural, Herrera Flores aporta Sigmund Freud<sup>23</sup>:

Segundo o autor de “El Mal estar en la cultura”, esta aparece quando o homem primitivo, em sua tarefa de caçar para se alimentar, deixa de perseguir sua vítima ao perceber que ela deixou uma pegada. O caçador representa simbolicamente o transcurso do animal perseguido e já não necessita tê-lo à vista, ou cheirá-lo, para poder encontrá-lo. Só deve seguir os signos que vai deixando para trás de si. A pegada não é algo natural. Estamos, diria Freud, do primeiro “sinal”, diante da primeira representação da relação existente entre a ação de caçar e o objeto a ser perseguido: o animal.

---

<sup>21</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 18.

<sup>22</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Teoria Crítica dos Direitos humanos. Os direitos humanos como produtos culturais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 93.

<sup>23</sup> *Ibidem* p. 94.

Sigmund Freud, médico austríaco criador da psicanálise, foi influenciado por vários filósofos que o antecederam como Schopenhauer<sup>24</sup> e Nietzsche<sup>25</sup>, influenciando por sua vez, tantos outros filósofos<sup>26</sup>, como John Dewey e Michel Foucault. Como apresentado anteriormente, o que Joaquín Herrera Flores deixa claro nos seus escritos, que foi influenciado por Karl Marx, Freud e outros filósofos. O saber não se inicia e nem se encerra num autor. Ele se soma e se amplia progressivamente, como faz Herrera Flores, deixando em aberto a continuação da sua obra.

## **1.2 - Relação intrínseca da psicanálise com a teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores**

Parece-nos fácil relacionar uma teoria de direitos humanos com a uma teoria terapêutica como a psicanálise, quando se considera que estas duas áreas sejam libertadoras de conflitos internos ou externos. Ainda mais sabendo, como referido anteriormente, que Freud foi um dos autores que influenciou Herrera Flores na formulação de sua teoria.

Muito clara fica a aproximação das teorias quando se considera a psicanálise saindo dos seus ambientes exclusivos de consultórios privados e se expandindo para abordagens como experiências de atendimento psicanalítico em várias instituições públicas e em comunidades marcadas pela exclusão social e política, assim como do atendimento de imigrantes, migrantes e refugiados<sup>27</sup>.

A clínica do traumático não é específica das intervenções clínico-políticas. As respostas ao trauma, na psicanálise, têm sido apresentadas em dois níveis: fantasia e

---

<sup>24</sup> PASTORES, Jassanam Amoroso Dias. A presença schopenhaueriana no pensamento de Freud. *Ciência & Cultura*, 67(1): 18-25, 2015.

<sup>25</sup> GIACÓIA JR, Oswaldo. O infinito campo hermenêutico. *Ciência & Cultura*, 67(1): 26-28, 2015.

<sup>26</sup> LOUREIRO, Inês. Em busca de uma noção de experiência. *Ciência & Cultura*, 67(1): 28-32, 2015.

<sup>27</sup> ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra Letícia; CARIGNATO, Taeco Toma; Alencar, Sandra. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, 2009. p. 498.

sintoma. Ressalta-se um tempo subjetivo no qual o trauma, esse instante perpétuo, toma conta de toda possibilidade de uma questão subjetiva, encontrando como resposta a repetição do silêncio, a perpetuação da angústia ou o impedimento de processos subjetivos do luto. Se nos deparamos com o “silenciamento”, podemos dar um passo a mais, abordando a sua relação com a angústia e o luto em determinadas situações sociais e políticas. O pano de fundo dessa questão é a manipulação da vida e da morte no campo social, limite da ética. O “silenciamento” que foi observado na imigração japonesa para o Brasil; nos deslocamentos migratórios, que lançam os sujeitos em uma errância sem fim; associado à particularidade do luto e angústia promovidos pelo desaparecimento das pessoas contrárias à ditadura na Argentina; constatado na produção do luto impedido – o luto é impedido quando o ser querido morto (ou o país de origem) é socialmente desqualificado, como bandido ou traficante, louco, pobre, miserável<sup>28</sup>.

Berta e Rosa<sup>29</sup> (2005) sustentam que frente ao perdido, frente à perda das referências identificatórias, existe um primeiro tempo que pode ser pensado tendo como referente o conceito de angústia. A angústia é o afeto que não engana e diz respeito àquilo que o sujeito não pode articular em significantes; é sinal de um Real impossível de ser simbolizado.

Em “Mal Estar na Civilização” (1929). Freud retoma questões narcísicas e institucionais, visando a relacionar a constituição psíquica e formas de enlaçamentos sociais. Demonstra que a cultura se refere ao saber e poder que os homens adquiriram para dominar as forças da natureza e adquirir bens para satisfação das necessidades humanas. Com a função de suprir as aspirações humanas de ser protegido e consolado – cuidar do desamparo infantil; constrói organizações que regulamentam a relação dos homens entre si e a repartição dos bens por intermédio de seus dois aspectos: superegótico, com interdições renovadas, narcísico, buscando suprir tais satisfações, baseadas na afirmação de ideais diferenciadores de outras culturas. Nas lacunas desse

---

<sup>28</sup> ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra Letícia; CARIGNATO, Taeco Toma; Alencar, Sandra. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, 2009. p. 499-500.

<sup>29</sup> BERTA, Sandra Letícia.; ROSA, Miriam Debieux. Angústia e luto no exílio político. *Revista Textura*, São Paulo, ano 5, n. 5, p. 52-56, 2005.

processo, oferece ilusões. Mas além das ilusões, o texto do “Mal Estar” traz o prenúncio de uma civilização violenta e destruidora, e demonstra que o próprio processo civilizador é o agente do fim da espécie humana, visto que a pulsão de morte domina a cultura. Há substituição do poder do indivíduo pela comunidade não por meio de relações de força, mas codificadas em lugares, obrigações e deveres; as proibições não levam em conta o que o homem é capaz de suportar. Assim, o domínio da natureza desencadeia a pulsão de destruição, o desejo narcísico de onipotência, da possibilidade de destruir todos os homens, propiciando mais violência entre eles e gerando inquietação. Para impedir violência generalizada desencadeia-se a culpa. A crueldade do superego passa a ser substituída pela crueldade das instituições que oprimem com coação direta. Nesse ponto, Freud antecede Lacan. Afirmando que quando as estruturas sociais deixam de ser simbólicas revelam suas regras nas expressões encarnadas de seus representantes<sup>30</sup>.

A Psicanálise extramuros ou em extensão diz respeito a uma abordagem – por via da ética e das concepções da psicanálise – de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico<sup>31</sup>. Freud faz uso recorrente da análise de fenômenos coletivos para compreender processos individuais, além de afirmar textualmente que a psicologia individual é, ao mesmo tempo, social<sup>32</sup>.

Freud pensava a psicanálise segundo três aspectos: um método de investigação do inconsciente, uma teoria e técnica de tratamento, mas também um corpo teórico que sistematiza os modos de funcionamento humano, tanto normal como patológico. Mais

---

<sup>30</sup> ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v.4, n.2, p. 329 – 348, 2004. p. 334.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 331.

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 333.



adiante, o psicanalista incluiu na construção da psicanálise a investigação dos fenômenos socioculturais e políticos<sup>33</sup>.

Nesta parte da tese apresentaremos a relação intrínseca da teoria crítica dos direitos humanos de Herrera Flores com a psicanálise na sua própria definição, bem como seus objetivos transformadores.

Para que a teoria crítica dos direitos humanos de Herrera Flores tivesse um papel de transformação da realidade, o autor criou a metodologia relacional do “diamante ético”, compreendendo na sua essência a visibilização das violações dos direitos humanos, com a posterior desestabilização e proposição ou transformação da realidade vivenciada.

Apresentaremos uma definição dos elementos da psicanálise, como inconsciente, teoria do recalque e da memória, associações livres e o processo terapêutico em si. Os fundamentos da teoria crítica de direitos humanos são utilizados na revisão da literatura, possibilitando uma comparação dos elementos transformadores do diamante ético de Herrera Flores com as bases teóricas da psicanálise freudiana.

A psicanálise pode mostrar caminhos para se entender a teoria crítica de direitos humanos de Herrera Flores, sendo feito um paralelo entre as duas teorias. A psicanálise com sua teoria do recalque possibilita vir à tona as vivências traumáticas recalçadas no inconsciente e a teoria crítica com o diamante ético, a visibilização das violações dos direitos humanos. Assim, discorreremos inicialmente sobre as bases da teoria psicanalítica e na sequência, as possibilidades da transformação oriundas da teoria crítica de direitos humanos.

Em meio à transição do século XIX, marcado pelo *otimismo teórico do racionalismo e do primado da consciência*, para o século XX caracterizado pela *crise da razão*, Freud funda a psicanálise, uma nova ciência sobre a alma humana que tem como fundamentos *o inconsciente e as pulsões*<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v.4, n.2, p. 329 – 348, 2004. p. 335

<sup>34</sup> PASTORES, Jassanam Amoroso Dias. A presença schopenhaueriana no pensamento de Freud. *Ciência & Cultura*, 67(1):18-25, 2015. p. 19.

Em “*L’Interprétation de rêves*”, obra publicada em 1899 e datada de 1900, Freud introduz a expressão original “aparelho psíquico”. Esse aparelho é composto de três sistemas que Freud chama genericamente instâncias (*Instanz*): o consciente, o pré-consciente e o inconsciente, cujas interações particulares decorrem de um fato topográfico, ou seja, eles são separados pelas duas censuras, e de uma diferença de finalidade, isto é, eles obedecem a distintos princípios de funcionamento<sup>35</sup>.

Descartes, Leibniz, Fichte, Schiller, Schelling, Schopenhauer, Nietzsche, estão na linha de antecessores do conceito de inconsciente do Freud; que na psiquiatria dinâmica desenvolveu a ideia de forças desconhecidas que limitam a autonomia da consciência. As ideias de Pascal e Spinoza e cuja expressão no mesmerismo através de uma terapêutica de sugestão e hipnose adicionada, teve um efeito decisivo em Freud<sup>36</sup>.

O inconsciente freudiano é apresentado assim<sup>37</sup>:

"Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real, nos es tan desconocido en su naturaleza interna como lo real del mundo exterior, y nos es dado por los datos de la conciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales."

Com imenso rigor e detalhamento, Freud vai buscar circunscrever, estabelecer seu conceito do inconsciente<sup>38</sup>:

Antes de prosseguirmos queremos enunciar o fato importante mas incomodo, de que a inconsciência (*Unbewusstheit*) é apenas

---

<sup>35</sup> ANZIEU D. O Eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2. Ed., 2001. p.101.

<sup>36</sup> MARIA, Carmen Elisa Escobar. El inconsciente freudiano y sus destinos. *Tempo psicanalítico*, 42(2): 403-24, 2010. p. 406.

<sup>37</sup> *Idem*.

<sup>38</sup> ÁVILA, Lazslo Antonio. O telescópio e o caleidoscópio: o inconsciente em Freud e Groddeck. *Psicol. USP*, 10(1): 157-68, 1999. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100008&script=sci_arttext) >. Acesso em 21 de jun, de 2015.

um aspecto do psíquico, o qual de modo algum basta para caracterizá-lo. Dão-se atos psíquicos de diferentes valores (*Dignität*) mas que, não obstante, passam por cima disso, ficam acima disso quanto à característica, quanto ao caráter de ser, ou de estar, inconsciente. O inconsciente abrange, por um lado, atos, o mero latente que é temporariamente inconsciente, mas que em nada diferem em si do consciente e, por outro lado, casos como o do recalcado, os quais, no caso de virem a ser conscientes eles se distinguiriam vividamente sobre o que é consciente. Podemos colocar um fim em todos os mal-entendidos se nós de agora em diante apenas descrevermos os vários tipos de atos psíquicos se absolutamente não levarmos em consideração se são conscientes ou inconscientes porém sim através de sua relação com as pulsões e aspirações, através de sua composição (montagem, formação de palavras = *Zusammensetzung*), filiação (pertinência) na classificação da hierarquia dos sistemas psíquicos uns em relação aos outros e na ligação que possam trazer.

Freud apresenta a teoria das pulsões no livro “Novas conferências introdutórias”, relativo às *pulsões eróticas* e às *pulsões de morte*<sup>39</sup>:

“Se é verdade que – em alguma época incomensuravelmente remota e de um modo irrepresentável – a vida originou da matéria inorgânica, então, de acordo com nossa suposição, deve ter surgido uma pulsão que procurou eliminar a vida novamente e restabelecer o estado inorgânico. Se reconhecemos nessa pulsão a autodestruição de nossa hipótese, podemos considerar a auto - destruição como expressão de uma pulsão de morte que

---

<sup>39</sup> PASTORES, Jassanam Amoroso Dias. A presença schopenhaueriana no pensamento de Freud. *Ciência & Cultura*, 67(1):18-25, 2015. p. 23.

não pode deixar de estar presente em todo processo vital. Ora, as pulsões, nas quais acreditamos, dividem-se em dois grandes grupos – as pulsões eróticas, que buscam acumular cada vez mais substância viva em unidades cada vez maiores, e as pulsões de morte, que se opõem a essa tendência e levam o que está vivo a um estado inorgânico. Da ação concorrente e antagônica entre essas duas pulsões procedem os fenômenos da vida que chegam ao seu fim com a morte”.

Ainda fundamental para estabelecermos uma relação entre psicanálise e teoria crítica de direitos humanos, seria apresentação da teoria da memória e do recalque<sup>40</sup>.

Para Freud, o objetivo da cura analítica era tornar conscientes as recordações psíquicas precoces recalçadas. Uma razão para isso pode ser encontrada na sua teoria da memória. De acordo com Freud, as percepções depositam-se na memória como traços de memória. Apesar de esses traços de memória serem cópias da impressão original, eles não são armazenados como elementos isolados, em forma de uma teoria do “engrama” ingênua. Ao contrário, Freud supõe vários sistemas de memória ligados em série, que armazenam o mesmo traço de memória, de maneira duplicada, a partir de princípios diferentes. O primeiro sistema associa os elementos com base no princípio da simultaneidade, enquanto sistemas posteriores apresentam os elementos de outras formas, por exemplo, em sua relação de semelhança ou de contiguidade. A princípio, seria possível acessar de maneira inalterada as recordações de impressões ou as vivências passadas. Mas não é o que ocorre normalmente, pois desejos inconscientes associam-se aos elementos da recordação levando ao seu deslocamento e recalque. Logo, o ressurgimento de recordações está relacionado ao destino dos desejos pulsionais<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> BOHLEBER, Werner. Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(1): 154-175, 2007. p. 156-157.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 156.

Freud qualifica o material traumático como um corpo estranho no tecido psíquico, mas logo volta a limitar sua metáfora<sup>42</sup>:

“A organização patológica na verdade não se comporta como um corpo estranho, mas antes como uma infiltração [...] a terapia também não consiste em extirpar algo – uma psicoterapia não é capaz disso atualmente – mas, sim, em dissolver a resistência e desta forma abrir caminho para a circulação em uma área anteriormente impedida”.

Para Freud se tratava de articular um método para a associação-livre, para o levantamento das resistências, para o desvendamento do latente, para a descrição dos mecanismos do processo primário, para a gestação de sua Metapsicologia<sup>43</sup>.

No método psicanalítico freudiano, deriva-se uma exigência interna da teoria que visa alcançar o objeto da psicanálise, o inconsciente. A regra técnica para se alcançar este objetivo é a associação livre, designada por Freud a regra fundamental do método. A regra técnica da associação livre tem por objetivo fazer com que o paciente fale tudo o que atravessar a sua mente, com ou sem sentido, qualquer conteúdo, mesmo que de natureza constrangedora. Tornou-se um princípio básico do método investigativo freudiano, que aplicaria de maneira sistemática o procedimento técnico da livre associação, desde o início de cada tratamento e durante todas as sessões, sem exceção à regra. Utilizada como termo técnico, a associação livre define o modo de pensar incentivado no(a) paciente pela recomendação do(a) analista. Assim, Freud estabeleceu uma das maneiras como o(a) paciente deveria se comunicar, como também definiu a forma como o(a) analista deveria conduzir a sua escuta, através da atenção flutuante.

---

<sup>42</sup> BOHLEBER, Werner. Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(1): 154-175, 2007. p. 167.

<sup>43</sup> ÁVILA, Lazslo Antonio. O telescópio e o caleidoscópio: o inconsciente em Freud e Groddeck. *Psicol. USP*, 10(1): 157-68, 1999. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100008&script=sci_arttext) >. Acesso em 21 de jun. de 2015.

Estas são regras técnicas presentes no método freudiano que visam alcançar o objeto de estudo da psicanálise<sup>44</sup>.

Segundo Freud (1937), a finalidade de uma análise é o abandono de formas de satisfação primitivas e sintomáticas. Para tanto, faz-se necessário acessar de forma *completa* os registros recalçados basilares do sintoma. Este acesso se dá por diversas vias: sonhos, chistes, atos falhos, repetições, formações do inconsciente favorecidas pela transferência com o analista. É deste modo que se obtém todo material relativo a um possível desfecho de uma psicanálise<sup>45</sup>.

Uma análise, para Freud (1937), consiste em duas tarefas, desenvolvidas quase de maneira independentes. Ao analisando cabe dizer tudo o que lhe vem à alma em busca das recordações perdidas, e a tarefa do analista é “[...] completar [*zu erraten*, de fato, adivinhar, supor] aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo*”. A comunicação da construção é o ponto de encontro entre estes dois trabalhos. A ausência de uma formalização anterior é explicada por considerá-la auto evidente, e o faz neste texto apenas visando *outro propósito*<sup>46</sup>.

Retomando a teoria crítica de direitos humanos, Joaquín Herrera Flores expõe como uma teoria crítica pode estar contextualizada e integrada com a realidade onde está inserida para se obter um resultado prático e não apenas um exercício de retórica. Com relação à visibilização das violações dos direitos humanos assim coloca<sup>47</sup>:

---

<sup>44</sup> JORGE, Juliana David. *A construção da associação livre na obra de Freud*. (Dissertação). Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2007. p. 19.

<sup>45</sup> VEGAS, Márcio Zanardini; AGUIAR, Fernando. A noção freudiana de construção (The freudian notion of construction). **Revista AdVerbum**, 3(2): 125-137, 2008. p. 126.

<sup>46</sup> *Idem*.

<sup>47</sup> PRONER, Carol. Reinventado los derechos humanos: el legado de Joaquín Herrera Flores. In: PRONER, Carol; CORREAS, Oscar. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 31-32.

*“Ese esfuerzo por hacer visible – VISIBILIZAR – lo abstracto a partir del cuestionamiento del “cómo” y “del “por qué” es el primer paso en el camino metodológico para develar los vacíos del comfortable. Conocido y seguro mundo de la verdad y del orden preestablecido. Lo fundamental consiste en la capacidad de reconocer la existencia de un abismo entre realidad y normatividad abstracta, reconocer la cínica contradicción entre legalidad y realidad, entre normas y hechos por diversas e interconectadas razones.”*

Tornar visível o objeto da análise a partir das contradições conduz a uma atitude posterior na qual o investigador é levado a questionar a lógica abstrata. Após a visibilização, o segundo passo seria a desestabilização<sup>48</sup>:

*“Se da entonces un segundo paso en el sentido de DESESTABILIZAR el sentido común opresor a partir de la experimentación de las hipótesis elaboradas por medio de preguntas experimentación de las hipótesis elaboradas por medio de preguntas y posibles respuestas. El pensamiento crítico es un pensamiento de combate – segunda condición de una teoría realista y crítica de los Derechos humanos – y debe desempeñar un papel de concientización que ayude en los procesos de lucha, que sea eficaz con vistas a la movilización en busca de alternativas. La desestabilización se reviste de carácter cuestionador, de combate argumentativo, porque debilita el “sentido común” e introduce la duda donde antes había solamente certeza y seguridad.”*

---

<sup>48</sup> PRONER, Carol. Reinventado los derechos humanos: el legado de Joaquín Herrera Flores. In: PRONER, Carol; CORREAS, Oscar. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 32.

Na sequência à desestabilização, temos a apresentação da proposição, ressaltando o caráter propositivo da teoria crítica de direitos humanos<sup>49</sup>:

“El pensamiento crítico se revela, en este sentido, creativo y afirmativo, partiendo siempre de la capacidad de acción de PROPONER, de hacer y rehacer mundos, proponer nuevos sentidos, nuevos consensos y puntos de llegada. La técnica argumentativa implica ahora el enfrentamiento de las propias ideas y la afirmación productiva de los valores que son defendidos en lugar de los que son combatidos.”

Para realizar a tarefa argumentativa crítica que conduza a um processo de desestabilização eficaz, Herrera Flores propõe uma estratégia metodológica que denominou de “diamante ético”, como demonstrado no gráfico abaixo<sup>50</sup>:

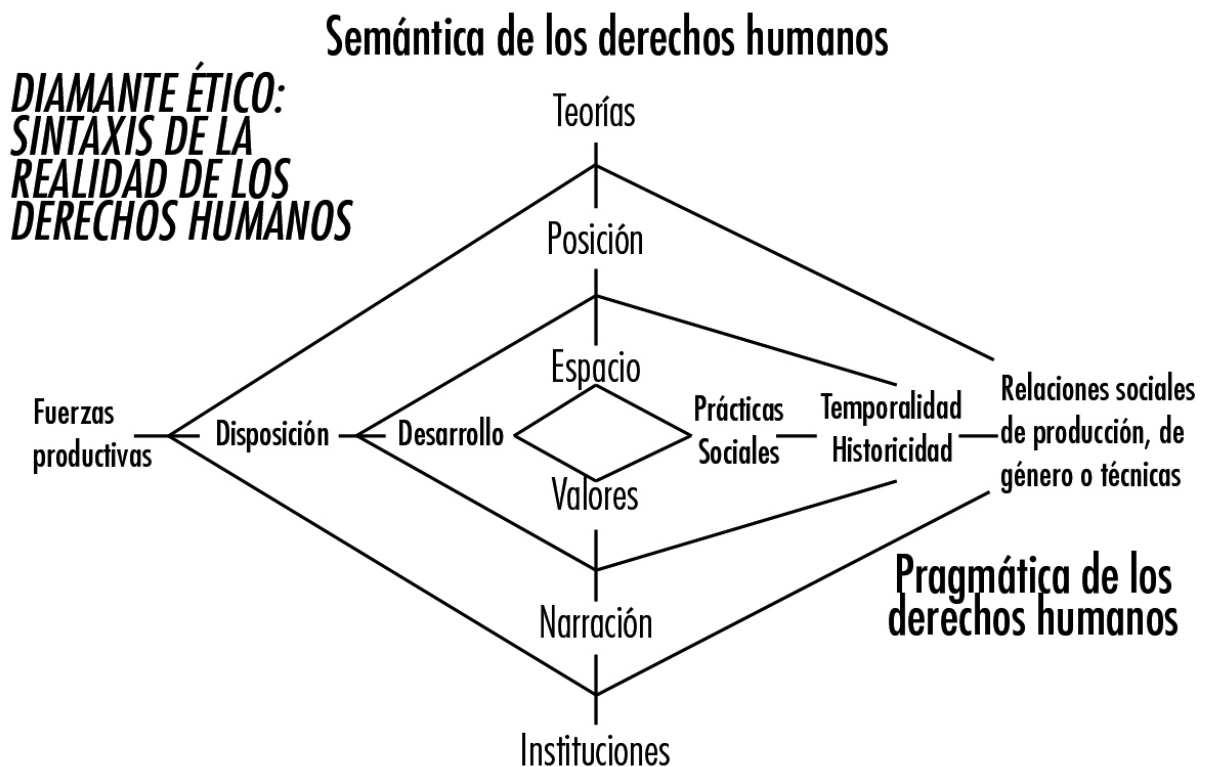
Gráfico 1 - Diamante ético

---

<sup>49</sup> PRONER, Carol. Reinventado los derechos humanos: el legado de Joaquín Herrera Flores. In: PRONER, Carol; CORREAS, Oscar. *Teoría crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 35.

<sup>50</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *La reinención de los derechos humanos*. Andalucía: Atrapasueños, 2008, p. 109.





Com o objetivo de ensinar e levar à prática uma concepção complexa e relacional dos direitos humanos, o grande teórico e ativista de direitos humanos, Herrera Flores, elegeu uma figura, um esquema, que nos permite visualizar toda a profundidade e a amplitude do tema. Chamou-se essa figura ou “esquema“ de conhecimento e ação de “diamante ético“, como relatado abaixo<sup>51</sup>:

Para enseñar y llevar a la práctica una concepción compleja de los derechos humanos debemos encontrar un figura, un esquema que nos permita visualizar toda la profundidad y amplitud de tema a comunicar.

<sup>51</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000. p. 53.

Com o “diamante ético“, lança-se a aposta de que direitos humanos constituem o marco para construir uma ética que tenha como horizonte a consecução das condições para que todos possam levar à prática sua concepção da dignidade humana. Nada é mais universal que garantir a todos a possibilidade de lutar pela dignidade humana. Os direitos humanos podem se converter no resultado de lutas que se sobrepõem com o passar do tempo<sup>52</sup>.

O diamante ético é apresentado com eixos vertical, constituído pelos conceitos e horizontal, constituído por aspectos materiais<sup>53</sup>. Os conceitos são teorias, posição, espaço, valores, narração, instituições e os componentes materiais são as forças produtivas, disposição, desenvolvimento, práticas sociais, historicidade e relações sociais.

No centro dos dois eixos se situa a dignidade humana. Este simbolismo utilizado possibilita mostrar a relação da dignidade humana com os direitos como elementos construídos, estando em constante mudança e evolução. O texto de Joaquín Herrera Flores possibilita entender a dinâmica das relações demonstradas no diamante ético<sup>54</sup>:

O objetivo dessa imagem se baseia na idéia de tanto a dignidade humana, como os direitos não são elementos isolados e também, não são dados com antecedência, mas sim construídos passo a passo pela própria comunidade ou grupo afetado, o que lhes outorga um caráter de direitos em movimento que se pode gerar e revisar através da metodologia que se propõe.

Com relação ao diamante ético é importante destacar três aspectos:

I) Não há só uma teoria sobre os direitos.

---

<sup>52</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 19.

<sup>53</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *La reinvencción de los derechos humanos*. Andalucía: Atrapasueños, 2008, p. 109.

<sup>54</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 122.

II) Ver como tais teorias se articulam com as práticas sociais dos agentes sociais.

III) As teorias constituem e reproduzem práticas e formas concretas de produção e reprodução cultural e social.

Se uma teoria é posta em prática institucionalmente, aumenta sua capacidade de “durar“, de ser “transmitida“ e “resistir“ a deformações.

O ”diamante ético” tem três camadas, cada uma delas com seus diferentes pontos de conexão mútua. Sendo assim, nada mais é que uma figura tridimensional e que sempre está em movimento. Os direitos humanos, vistos a partir de uma perspectiva crítica e contextualizada podem se converter não em uma joia a ser contemplada, mas sim no resultado de lutas que se sobrepõem com o passar do tempo e que são impulsionadas tanto por categorias teóricas (linha vertical) como por categorias práticas (linha horizontal da figura)<sup>55</sup>.

Esta representação simbólica pode ser visualizada, com mais clareza, na figura apresentada abaixo, retirada do livro “A (re)invenção dos direitos humanos”<sup>56</sup>:

---

<sup>55</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 120.

<sup>56</sup> *Ibidem*, p. 130, 121.



Figura 1 - Diamante ético tridimensional.

A primeira camada do diamante constitui-se de categorias mais genéricas, ou seja, Teorias, Instituições, Forças produtivas e Relações sociais de produção<sup>57</sup>.

Já a segunda camada está relacionada com o caráter impuro dos direitos humanos. As pessoas e grupos terão uma visão diferente dos direitos humanos em função de suas posições<sup>58</sup>.

Os direitos humanos não são categorias harmônicas situadas em planos ideais de consenso, pois existe uma sucessão de experiências discrepantes de direitos humanos que é necessário saber tratar.

A terceira camada do diamante ético desenvolve a definição: os direitos humanos como resultado dos processos de luta pela dignidade humana<sup>59</sup>.

O diamante suportará uma sintaxe cultural dos direitos que facilite três tarefas: a) propor sentidos à investigação e à práxis.; b) ordenar o trabalho e a investigação; e c) conformar um *ethos* complexo e relacional<sup>60</sup>.

Para a realização de um estudo em que se emprega esta metodologia relacional, podemos eleger alguns elementos para utilização da análise, cujo objetivo se

---

<sup>57</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 127.

<sup>58</sup> *Ibidem*, p. 130.

<sup>59</sup> *Ibidem*, p. 138.

<sup>60</sup> *Ibidem*, p. 146.

almeja atingir, não sendo necessário, além de ser muito difícil, a aplicação de todos os elementos, lembrando-se que a abordagem é de uma filosofia impura. O emprego destes elementos é demonstrado no trecho do texto de Joaquín Herrera abaixo<sup>61</sup>:

Una metodología relacional no implica necesariamente entender el objeto bajo “todas“ sus relaciones o conexiones. Más bien consiste en saber elegir qué relaciones o conexiones queremos dilucidar de un fenómeno, sin olvidarnos de su integración en la totalidad de lo real.

A figura do diamante ético tem sua utilidade no momento de abordar temas tão híbridos porque faz prever elementos que nos permitem visibilizar, desestabilizar e propor argumentos, caminhos, hipóteses que contemplem a possibilidade de luta pela dignidade humana<sup>62</sup>.

Fazendo-se um paralelo entre a psicanálise freudiana e teoria crítica de direitos humanos de Herrera Flores poderíamos correlacionar lado a lado suas possíveis equivalências como se apresenta no quadro abaixo:

---

<sup>61</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000. p. 66.

<sup>62</sup> PRONER, Carol. Reinventado los derechos humanos: el legado de Joaquín Herrera Flores. In: PRONER, Carol; CORREAS, Oscar. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 33.

Quadro 2 – Comparação entre a psicanálise freudiana e teoria crítica de direitos humanos de Herrera Flores (desenvolvido pelo autor da Tese).

Elementos de comparação	Psicanálise freudiana	Teoria crítica de Joaquín Herrera Flores
Objetivo do estudo	Vivência traumática psíquica	Violações de direitos humanos
Material de estudo	Inconsciente	Realidade integrada e contextualizada
Método	Associações livres	Diamante ético
1º Passo	Revelação da vivência traumática recalcada no inconsciente	Visibilização da violação dos direitos humanos
2º Passo	Psicoterapia para dissolução da resistência – transferência/contra transferência	Desestabilização – Introdução da dúvida onde havia somente a certeza e a segurança.
3º Passo	Abertura do caminho para a experiência do “novo”	Proposição – Fazer e refazer mundos, propor sentidos, novos consensos e pontos de chegada.

Uma teoria crítica de direitos humanos, como a proposta por Herrera Flores, poderia também ser interpretada como uma forma de se extrair a terapia de seu confinamento nos consultórios de tal forma a incluir em seus cuidados as mais amplas desordens do coletivo, como as repetidas e recorrentes violações dos direitos humanos.

Herrera Flores<sup>63</sup> no seu livro “*Los Derechos humanos como productos culturales*” (2005) já sintetiza esta possibilidade de confluência de uma transformação mais ampla de pessoas e realidades:

Como afirmaron hace decenios Felix Guattari y Antonio Negri, es preciso reinventarlo todo con el objetivo de llevar a cabo prácticas sociales de transformación de las conciencias y de las realidades en el ámbito de lo político y lo social, de lo histórico y de lo cotidiano, de lo colectivo y de lo individual, de lo consciente y lo inconsciente. En este sentido, una teoría y una práctica de los derechos humanos, entendidos como productos culturales, tendera siempre a crear, a constituir, a buscar y a suscitar acontecimientos, encuentros, espacios significativos de interacción que aumenten la intensidad de nuestras actitudes y aptitudes para empoderarnos y empoderar a los otros. Para ello, debemos ampliar nuestras formas de comprensión de los derechos humanos y considerarlos como procesos normativos, sociales, políticos, económicos que abran o consoliden espacios de lucha por la dignidad humana, en otros términos: conjuntos de Prácticas que potencien la creación de dispositivos y de mecanismos que permitan a todas y a todos poder hacer sus propias historias. Reivindiquemos, pues, una imaginación, una teoría y una práctica que rompan los cercos en los que nos encierran los déficits y los excesos de sentido y construyamos la posibilidad de plantear alternativas reales en el mundo que nos ha tocado vivir. Decir no, lo veíamos más arriba, es decir si a algo diferente. Comencemos por definir los derechos humanos por lo que son: productos culturales que faciliten la construcción

---

<sup>63</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 27-28.

de las actitudes y aptitudes que nos permitan poder hacer nuestras vidas con el máximo de dignidad.

A compreensão e o entendimento destes conceitos apresentam uma grande complexidade, considerando que embasam duas teorias aparentemente distintas, mas com uma intensa conexão entre si, uma vez que possibilitam vir à tona violações de direitos humanos e vivências psíquicas traumáticas. O individual e o coletivo precisam ser integrados para a possibilidade da vivência de uma vida digna na sua amplitude e totalidade.

As duas teorias apresentam uma confluência na sua estrutura e objetivo transformador libertador. Herrera Flores, como Freud, deixa claro a influência de filósofos que o antecederam, possibilitando que os avanços são somatórios e não contraditórios, ampliando e potencializando a criação do novo e da dignidade humana.

A reflexão traz um movimento emancipatório, como deixa claro Ernst Bloch no seu “O princípio Esperança”, discorrendo sobre o “pensar”<sup>64</sup>:

“Pensar significa transpor. Contudo, de tal maneira que aquilo que está aí não seja ocultado nem omitido. Nem na sua necessidade, nem mesmo no movimento para superá-la. Nem nas causas da necessidade, nem mesmo no princípio da virada que nela está amadurecendo. Por essa razão, a transposição efetiva não vai em direção ao mero vazio de algum diante-de-nós, no mero entusiasmo, apenas imaginando abstratamente. Ao contrário, ela capta o novo como algo mediado pelo existente em movimento, ainda que, para ser trazido à luz, exija ao extremo a vontade que se dirige a ela. A transposição efetiva conhece e ativa a tendência de curso dialético instalada na história”.

---

<sup>64</sup> BLOCH, Ernst. *O Princípio Esperança. Volume 1*. Rio de Janeiro: UERJ Contraponto, 2005. p. 14.



## CAPÍTULO 2. DIREITO HUMANO À SAÚDE

No capítulo 2 apresentaremos o direito humano à saúde, discutindo-o de forma integrada com os conceitos de saúde e, conseqüentemente de doença, considerando estarem as duas condições diretamente relacionadas e, portanto, apresentadas em conjunto.

Também discorreremos sobre biopolítica e biopoder, conceitos estes, fundamentais, quando se propõe estudar um tema, como saúde, relacionando-o com uma teoria crítica de direitos humanos.

### 2.1 Saúde e Doença

A saúde é, em principio, um direito humano de todas as pessoas, independentemente de sua idade, sexo, condição cultural, religiosa, política, língua, lugar em que vivem, ou qualquer outra condição. O cumprimento deste direito é uma responsabilidade, principalmente do Estado, e uma corresponsabilidade de pessoas, tanto individual como coletivamente<sup>65</sup>.

Sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, que busquem a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>66,67</sup>.

Com relação ao direito humano à saúde, a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>68</sup> assinala expressamente em seu art. 25 que:

---

<sup>65</sup> ROSALES, Angel Alfonso et al. Estado de los derechos humanos de salud de la Costa Caribe Nicaragüense. 1a ed. Managua: PAVSA, 2008. p. 19.

<sup>66</sup> CONSTITUIÇÃO FEDERAL – CF – 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Da Seguridade Social. Seção II. Da Saúde. Art. 96. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/constituicao\\_federal/cf196a200.htm](http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm)>. Acesso em 20/9/2012.

<sup>67</sup> PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. *Direitos Humanos*. 1. Ed. Saraiva, 2010. p. 120.

<sup>68</sup> The Universal Declaration of Human Rights. Disponível em:<<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>>. Acesso em 18/9/2012.

Article 25: (1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control. (2) Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection.

O texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos mostra claramente o direito humano à saúde e o que está diretamente ou indiretamente relacionado ao mesmo.

Sendo diversos os fatores que incidem no estado de saúde individual ou coletivo, o Estado tem a responsabilidade de garantir o desenvolvimento humano integral das pessoas através do cumprimento do direito a uma vida digna, alimentação, moradia segura, ambiente saudável e, por outra parte, deve criar a infraestrutura sanitária e designar pessoal necessário para atender à saúde das pessoas. Sobre a mesma se expressa um líder comunitário nicaraguense<sup>69</sup>:

La salud es el derecho de las personas a estar saludables y poder vivir una vida digna y de esta forma tener la capacidad de trabajar y compartir con sus familias y sus comunidades. (Líder Mayangna entrevistado).

Lembremos que os direitos humanos à saúde, educação, habitação, água, trabalho, estão inseridos nos direitos sociais. Os direitos humanos são tradicionalmente divididos em duas categorias: direitos políticos e individuais e direitos econômicos, sociais e culturais. O aspecto fundamental utilizado para sustentar essa distinção é que

---

<sup>69</sup> ROSALES, Angel Alfonso et al. Estado de los derechos humanos de salud de la Costa Caribe Nicaragüense. 1a ed. Managua: PAVSA, 2008. p. 19.

os direitos políticos e individuais geram obrigações negativas ou de abstenção, e os direitos econômicos, sociais e culturais determinam o nascimento de obrigações positivas ou de ação para o Estado. Essa visão já se encontra bastante sedimentada no estudo do Direito e é determinante na classificação de um direito como direito social ou individual. Nesse sentido, o conceito de direitos sociais como direitos a prestações estatais é apresentado por muitos autores<sup>70</sup>.

No parágrafo abaixo segue a descrição realizada por José Afonso da Silva sobre os direitos sociais<sup>71</sup>:

Os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos de gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, propicia condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

Os pesquisadores argentinos Víctor Abramovich e Christian Curtis, no livro denominado *Los derechos sociales como derechos exigibles*, apresentam um diferente ponto de vista a respeito dessa classificação.

Estes autores acreditam que para os direitos econômicos, sociais e culturais não sejam despojados de conteúdo. É necessário que seja feita uma análise detida em torno da natureza das obrigações que emergem das duas classes de direitos. Somente dessa forma, será possível constatar que ambas as categorias de direitos se caracterizam por

---

<sup>70</sup> BRANDI, Mônica de Oliveira Paiva. *O direito fundamental à saúde e o desenvolvimento social do Brasil*. (Dissertação). Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, 2009. p. 24.

<sup>71</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 29ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007. p. 286.

gerarem um complexo de obrigações positivas e negativas para o Estado. Direitos individuais supõem a criação de um complexo de serviços e de infraestrutura para que os titulares possam usufruir suas prerrogativas. Assim colocam com relação aos direitos civis e políticos<sup>72</sup>:

Dada la coincidencia histórica de esta serie de funciones positivas con la definición de Estado liberal moderno, la caracterización de los derechos civiles y políticos tiende a - naturalizar - esta actividad estatal, y a poner énfasis sobre los límites de su actuación.

Para Proner<sup>73</sup>, o papel do direito, mesmo quando desempenha a importante missão de reconhecimento pleno dos direitos sociais, econômicos e culturais para a realização do ideal de dignidade humana, necessariamente estará limitado porque atua dentro do limite derivado do modelo político e econômico adotado pelo Estado.

Os direitos econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos artigos 22.º a 27.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, incluem o direito à segurança social, o direito ao trabalho, o direito ao salário igual por trabalho igual, o direito ao repouso e aos lazeres, o direito a um nível de vida suficiente para assegurar a saúde e o bem-estar, o direito à educação e o direito de tomar parte na vida cultural da comunidade<sup>74</sup>.

Desde 1948, ano em que a Declaração Universal dos Direitos do Homem foi adotada e proclamada, até 1976, data em que entraram em vigor os Pactos Internacionais de direitos humanos, a Declaração foi a única parte da Carta Internacional dos Direitos do Homem a ser completada. A Declaração e,

---

<sup>72</sup> ABRAMOVICH, Víctor; CURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Editorial Trotta, 2002. p. 24.

<sup>73</sup> PRONER, Carol. Desafios do Direito Internacional Público no Século XXI: o Direito Internacional dos direitos humanos. In: MANENTE, Ruben Rockenbach; DIAS, Jefferson Aparecido; SUXBERGER, Antônio Henrique Graciano. *Teoria crítica: Das lutas aos direitos*. Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2011, p. 55.

<sup>74</sup> A Carta Internacional dos Direitos Humanos, Década das Nações Unidas para a Educação em matéria de Direitos Humanos 1995|2004, n. 2; p. 8. Disponível em: <[http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha\\_Informativa\\_2.pdf](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf)>. Acesso em 18/9/2012.

posteriormente, os Pactos, exerceram uma profunda influência sobre o pensamento e a ação dos cidadãos e seus Governos em todo o mundo<sup>75</sup>.

Quando se aborda o direito humano à saúde, torna-se necessário definir como esse estado é designado. Saúde é um estado que está diretamente associado a outro estado, que é a doença. Portanto, a definição de um estado, está diretamente ligada à definição do outro.

Saúde e doença não são condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança. Num passado ainda recente, a doença era frequentemente definida como "ausência de saúde", sendo a saúde definida como "ausência de doença", definições que não eram esclarecedoras. Algumas autoridades encararam a doença e a saúde como estados de desconforto físico ou de bem-estar. Infelizmente, perspectivas redutoras como estas levaram os investigadores e os profissionais de saúde a descurar os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença<sup>76</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Esta definição pode ser observada na transcrição original realizada pela Instituição no ano de 1948<sup>77</sup>:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The bibliographic citation for this definition is: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July

---

<sup>75</sup> A Carta Internacional dos Direitos Humanos, Década das Nações Unidas para a Educação em matéria de Direitos Humanos 1995|2004, n. 2; p. 8. Disponível em: <[http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha\\_Informativa\\_2.pdf](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf)>. Acesso em 18/9/2012. p. 19.

<sup>76</sup> ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm)>. Acesso em 18/9/2012.

<sup>77</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>> Acesso em: 17/9/2012.

1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, tornou-se *irreal, ultrapassada e unilateral*<sup>78</sup>. O conceito de saúde de 1948 foi ampliado no ano de 1986, como mostra o “Health Promotion Glossary” (Glossário de Promoção à Saúde), mostrado no texto abaixo<sup>79</sup>:

Health is defined in the WHO constitution of 1948 as: A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities...In keeping with the concept of health as a fundamental human right, the Ottawa Charter emphasises certain pre-requisites for health which include peace, adequate economic resources, food and shelter, and a stable eco-system and sustainable resource use. Recognition of these pre-requisites highlights the inextricable links between social and economic conditions, the physical environment,

---

<sup>78</sup> SEGRE, Marco; Ferraz, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. v. 31, n. 5, São Paulo, Oct. 1997 (<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>).

<sup>79</sup> HEALTH PROMOTION GLOSSARY. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)>. Acesso em 18/9/2012.

individual lifestyles and health. These links provide the key to an holistic understanding of health which is central to the definition of health promotion. Today the spiritual dimension of health is increasingly recognised. Health is regarded by WHO as a fundamental human right, and correspondingly, all people should have access to basic resources for health. A comprehensive understanding of health implies that all systems and structures which govern social and economic conditions and the physical environment should take account of the implications of their activities in relation to their impact on individual and collective health and well-being.

Obviamente, a ampliação do conceito de saúde possibilitou uma maior compreensão do estado, apesar da grande complexidade conceitual na abordagem do mesmo. Nesta nova conceituação já se observa as relações socioeconômicas, as crenças, tradições, bem como relações com o meio ambiente. Apesar de se apresentar como um direito humano, este se apresenta numa visão universalista, estática, não relacionada a processos de luta. Portanto, mesmo numa nova contextualização do conceito, não se visualiza um conceito relacionado com uma teoria crítica de direitos humanos<sup>80</sup>.

O conceito de saúde, muitas vezes, integra uma síntese de condições de vida e qualidade de vida, tanto das pessoas, como de seus grupos a que pertence, porque a saúde está relacionada com múltiplas questões econômicas, culturais, menos com a vida e com a morte, e como indica o saber popular, “só se valoriza, quando se perde”. Dizemos saúde e falamos de enfermidades. Falamos de saúde e alguns pensam em equilíbrio e paz, em não ter preocupações ou sofrimentos, em se dar bem com quem se quer, em estar em harmonia com a natureza ou ainda com seres superiores. Outros em não ter enfermidades, incapacidades ou não correr nenhum risco imediato de morte ou perda da qualidade de vida<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> GONZAGA, Heron Fernando de Sousa. *A força do trabalho. Uma análise crítica da OMS quanto ao direito humano à saúde*. 1 ed. São Paulo: Editora Unimar e Arte & Ciência, 2013. p. 94.

<sup>81</sup> TORRES ALIAGA, Tomás M; TORRES SECCHI, Alicia M. *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008*. Formosa: Ideas Gráficas, 2010. p. 22.

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga. A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente<sup>82</sup>.

A saúde e a enfermidade não são entidades naturais, universais ou imodificáveis, senão construções sociais, que só existem como tais, no marco histórico-cultural em que se constituem como entidade: o que é sadio para uma sociedade, não é necessariamente para outra<sup>83</sup>.

A doença somente pode ocorrer quando existe uma agressão ao quadrimônio bio-psico-sócio-cultural em que mente e corpo constitui um todo. Sua origem é muito variada, e muitas vezes, representa a ação de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, que em conjunto, vão determinar algum tipo de alteração<sup>84</sup>.

Se imaginarmos um indivíduo sadio, sem nenhuma doença clínica detectável, isto é, dentro dos padrões clínicos aceitos como normais, mesmo assim, não podemos saber se em algum órgão ou estrutura já não existam alterações enquadráveis no que se chama de período pré-patogênico ou período pré-clínico da doença. Da mesma maneira, fica difícil determinar o instante em que desaparece o processo mórbido, ou seja, a cura e restauração da saúde. Isso porque ainda é dúbia a real conceituação de saúde e doença, mas principalmente, a do instante em que se passa de um estado para outro<sup>85</sup>.

Por outro lado, a antropologia médica nunca se propôs a definir uma categoria teórica chamada “saúde”, centrando-se nas especificidades etnográficas da noção de doença. Apesar de seus avanços teóricos e metodológicos, ela permaneceu limitada às práticas curativas e à perspectiva da saúde como ausência de enfermidade. Entretanto, a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas, abre a possibilidade de incorporar

---

<sup>82</sup> COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*, 9(2):315-33, maio-ago. 2002. p. 316.

<sup>83</sup> TORRES ALIAGA, Tomás M; TORRES SECCHI, Alícia M. *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008*. Formosa: Ideas Gráficas, 2010. p. 22.

<sup>84</sup> TOMMASI, Antônio Fernando. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2ª Ed., Pancast, São Paulo, 1989. p. 9.

<sup>85</sup> *Ibidem*, p. 7.



a doença no próprio conceito de saúde, à medida que vê a experiência do adoecimento como uma forma de reestruturação da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo<sup>86</sup>.

As causas das enfermidades variam segundo lugares e tempos da história, e podem ser diferentes para a mesma pessoa no mesmo tempo e lugar: alguns vão ao médico do hospital por algumas doenças, e ao curandeiro ou à igreja para outras<sup>87</sup>.

As concepções de saúde mudaram através de uma sucessão de etapas, que vagamente refletem os problemas de saúde enfrentados pelas sociedades atuais, bem como a forma que elas se desenvolveram. Medimos os fatores considerados importantes e, por sua vez, os tópicos medidos e relatados se tornam focos de atenção. Assim, a concepção predominante de saúde interage com os indicadores agravantes. Podemos distinguir três concepções dominantes de saúde: o modelo biomecânico, o modelo holístico, e o modelo de bem-estar. Embora estes modelos foram desenvolvidos em referência à saúde individual, podem ser aplicados sobre a saúde da população<sup>88</sup>.

Há recursos que são básicos e imprescindíveis para se manter vivo, como os alimentos e a água. Outros que serão demandados só por algumas poucas pessoas, como um transplante de coração ou um remédio raro. Há questões da saúde que se defende como do âmbito privado, como quantos filhos se quer ter ou como se vai morrer. Outras são de interesse coletivo que exigem cuidado para todos, tais como as doenças contagiosas ou a contaminação do ambiente<sup>89</sup>.

São diversos os bens ou recursos que necessitamos para estar sadios, que também se conseguem de diferentes modos: alguns através de seus salários, outros da terra que cultivam ou da renda de suas propriedades. E há quem não pode ter acesso a

---

<sup>86</sup> COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*, 9(2):315-33, maio-ago. 2002. p. 325, 326.

<sup>87</sup> TORRES ALIAGA, Tomás M; TORRES SECCHI, Alícia M. *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008*. Formosa: Ideas Gráficas, 2010. p. 22.

<sup>88</sup> McDOWELL, Ian; SPASOFF, Robert A.; KRISTIANSOON, Betsy. On the Classification of Population Health Measurements. *Am J Public Health*, 94(3): 390, 2004.

<sup>89</sup> TORRES ALIAGA, Tomás M; TORRES SECCHI, Alícia M. *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008*. Formosa: Ideas Gráficas, 2010. p. 22.

eles e dependem de parentes, instituições ou do Estado para sua assistência. Em síntese, saúde e doença são temas por demais complexos, com múltiplos aspectos e diversos significados, que demandará para sua análise reduções e detalhes sobre seu âmbito de aplicação<sup>90</sup>.

A fragilidade corporal e individual da vida humana, a doença e a morte constituem o próprio objeto da medicina. Por sua vez, as ciências sociais, a partir de seu nascimento no século XIX, incluíram entre seus interesses essenciais a fragilidade da vida social e coletiva: de sua organização, de seus sistemas de valores e de suas regulações<sup>91</sup>.

Foram os médicos os primeiros a se interessarem por essa questão. Eles enunciaram um discurso sobre o social antes da constituição das ciências sociais. A partir do final do século XVIII, na França, Cabanis sustenta o projeto de uma ciência do homem que vai da psicologia à moral. No século XIX, os higienistas, como Villermé, fazem investigações que prefiguram os trabalhos da sociologia empírica. Eles estudam os elos entre a pobreza, em particular aquela que é engendrada pela industrialização e a urbanização, e a saúde. Eles também reivindicam um papel político para a medicina.

Em 1829, o primeiro número da revista *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (*Anais de higiene pública e de medicina legal*) proclama<sup>92</sup>:

“A medicina não tem unicamente por objeto estudar e curar as doenças; ela tem relações estreitas com a organização social. Por vezes ela ajuda o legislador na elaboração das leis; amiúde ela esclarece o magistrado no tocante à sua aplicação”.

Como poderemos observar em parágrafos posteriores, quando discorrermos sobre biopoder e biopolítica, no final do século XVIII e século XIX, a biopolítica já

---

<sup>90</sup> TORRES ALIAGA, Tomás M; TORRES SECCHI, Alicia M. *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008*. Formosa: Ideas Gráficas, 2010. p. 22.

<sup>91</sup> HERZLICH, Claudine. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 194, 2005.

<sup>92</sup> *Idem*.

estava sendo construída e vivenciada. No entanto, este termo só foi cunhado por Foucault na década de setenta, no primeiro volume do seu livro *História de la Sexualidad 1. La voluntad de saber*.

Esse movimento não era apenas francês. Na Inglaterra se verificou os nomes de Philipp Kay, Gaskell e, sobretudo, Chadwick. Na Alemanha, o nome que predominou foi o de Rudolph Virchow, biólogo, médico, higienista e ministro da Prússia, para quem a medicina era antes de tudo uma ciência social. Seu estudo, em 1848, sobre as causas sociais da epidemia de tifo na Alta Silésia foi exemplar. Para ele, não restavam dúvidas de que a epidemia era resultante da falta de desenvolvimento e da miséria dessa província. Assim escreveu Rudolph Virchow<sup>93</sup>:

“A história das epidemias é um capítulo capital da história geral da humanidade. As epidemias nada mais são do que grandes advertências, elas dizem ao verdadeiro homem de Estado que, na vida de seus administrados, ocorreu um distúrbio que não pode continuar a ser ignorado, sequer por uma política indolente”

As recomendações de Virchow ao governo prussiano, fundadas na análise da epidemia de tifo de 1848, seguiram nessa direção. Tendo como pressuposto que a epidemia é uma manifestação de desajustamento social e cultural, seria preciso intervir nas causas econômicas, sociais e políticas que estão na sua origem. Para tanto, assinalava, entre outras propostas: reforma política e descentralização das responsabilidades para os governos locais; investimentos em educação; mudanças econômicas, democratizando o acesso a bens e serviços; reformas na produção agrícola; construção de estradas; obrigatoriedade, para professores e médicos, de falarem a língua da população<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> HERZLICH, Claudine. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 194, 2005.

<sup>94</sup> GÓMEZ, Carlos Minayo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque Ecológico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar. *INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente* - v.1, n.1, p. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.interfacehs.sp.senac.br/>>. Acesso em 18/9/2012.

Pode-se ver claramente, que Virchow, um século antes da criação da OMS, propôs orientações que respeitavam as características da realidade avaliada, como pode ser visto na apresentação da teoria crítica de direitos humanos proposta por Herrera Flores apresentada no capítulo 1. Suas proposições foram tão avançadas para a época, que Virchow foi considerado como revolucionário contrário a sua majestade, e demitido de suas funções. No dia 11 de março de 1848, Virchow assim escreveu<sup>95</sup>:

“...(a miséria na Alta Silésia) nunca teria tomado as proporções que teve (...)se tivessem tomado as medidas preventivas adequadas (...). O governo, em especial, o ministro Von Bodenschwingb (...) (sacrificou) pela sua incredulidade e pela sua teimosia tantas pessoas como as que teriam custado uma pequena guerra (...). É triste que em momentos como este, o Rei continua a tratar o seu povo como um rebanho de crianças pequenas e que coisas que são tão importantes como o pão-nosso de cada dia, por exemplo, e a liberdade de imprensa, tenham sido postergadas para as calendas gregas.”

Após a sua demissão, dedicou-se ao estudo da patologia celular na Universidade de Berlin, trazendo grandes contribuições no estudo das alterações celulares, sendo conhecido até os dias de hoje, como pai da Patologia celular pelo grande impulso que deu ao conhecimento da célula, sua estrutura e função<sup>96</sup>.

Convém lembrar que muitas ideias hoje presentes na saúde coletiva encontram raízes nessa época, quando grandes nomes da medicina, como Salomon Neuman, Rudolf Virchow, Jules Guérin, William Farr, enfatizaram a dimensão política do conceito de saúde, articulando-o com a questão social, a problemática do saneamento básico e a formulação de políticas. Esses autores ressaltavam que o Estado deveria

---

<sup>95</sup> SANTOS, Marco Steinert. *Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. p. 43.

<sup>96</sup> *Idem*.

intervir ativamente na solução dos problemas de saúde, o que representava introduzir mudanças profundas na estrutura política e social, interferindo nos determinantes do processo saúde-doença<sup>97</sup>.

As alterações na abordagem destes estados de saúde e doença, e consequente do cuidado individual e, especialmente, coletivo vêm a determinar o nascimento da medicina social. Com relação à medicina coletiva e o surgimento da mesma neste período, torna-se necessário retomar os conceitos de biopoder e biopolítica para uma melhor compreensão destas mudanças. Foucault analisa o surgimento da medicina social ou coletiva no seu livro *Microfísica do Poder*.

Para Foucault<sup>98</sup>, o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário. O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo e com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.

A medicina moderna para Foucault é a medicina social, que tem por *background* uma tecnologia do corpo social. Para esse autor, a medicina é uma prática social, que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente<sup>99</sup>.

## 2.2. Conceitos de Biopolítica e Biopoder

---

<sup>97</sup>GÓMEZ, Carlos Minayo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque Ecológico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar. INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - v.1, n.1, p. 3, 2006. Disponível em:<<http://www.interfacehs.sp.senac.br/>>. Acesso em 18/9/2012.

<sup>98</sup>FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 11. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997. p. 47.

<sup>99</sup> *Idem*.

Diante da complexidade do tema saúde, e conseqüentemente, direito humano à saúde, torna-se necessário lançar mão do elemento “teoria” do “diamante ético”, uma vez que entendemos que algumas considerações sobre o aparecimento e o desenvolvimento das teorias relacionadas ao biopoder e à biopolítica sejam imprescindíveis para o estudo do conceito de saúde, tema central desse capítulo.

Isso ocorre porque acreditamos ser importante para discussão de saúde, uma reflexão sobre este tema com uma visão crítica e contextualizada de direitos humanos. Nesta parte do capítulo teceremos considerações sobre estes conceitos.

Os conceitos de biopoder<sup>100</sup> e biopolítica<sup>101</sup> foram cunhados originalmente por Michel Foucault, no primeiro volume do seu livro *História de la Sexualidad 1. La voluntad de saber*.

A importância da obra de Michel Foucault para a atualidade se torna cada vez mais evidente. Seus escritos deslocaram as teorias clássicas sobre o poder, a política e o Estado. O autor figura como um dos grandes pensadores da contemporaneidade, no tocante a esse campo temático<sup>102</sup>.

Alguns pesquisadores dividem a obra do autor em três períodos, cada um deles é distinto entre si, mas possuem aproximações e se articulam, já que são “marcas” que demonstram as apreensões do autor em seu percurso intelectual. Os três momentos da obra de Foucault estão divididos da seguinte forma<sup>103</sup>: (a) Arqueologia do saber; (b) Genealogia do poder; e (c) Genealogia da moral.

No período referido como *Arqueologia do Saber*, ao final da década de sessenta, Michel Foucault já era o autor de obras escritas anteriormente, reconhecidas e amplamente lidas, como *História da Loucura* (1961), *Nascimento da Clínica* (1963) e *As Palavras e as Coisas* (1966). Após ter estudado naquelas pesquisas os saberes e a linguagem, Foucault passou a investigar as relações microfísicas da história. A nova

<sup>100</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 149.

<sup>101</sup> *Ibidem*, p. 148.

<sup>102</sup> PIMENTEL FILHO, Ernesto; VASCONCELOS, Edson. Foucault: Da microfísica à biopolítica. *Revista Aulas*, n. 3, dezembro 2006/março 2007. Disponível em:< <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1917/1377>>. Acesso em 08/07/2016. p. 2.

<sup>103</sup> *Ibidem*, p. 3.

fase iniciada na década de setenta refletiu a condução de Foucault para outro campo de estudos: o poder e a política.

Foucault não analisou “o Poder” por si só. O autor não pretendia lançar uma análise sobre o Estado, nem muito menos acerca dos grupos políticos-ideológicos que o compõem. Para ele, o poder não é compreendido como tendo um alcance global, que se transforme em regra geral, nem muito menos em lei. Também não é entendido como sendo exercido exclusivamente por grupos ou castas, ou mesmo classes, que usam estas armas para dominar o outro lado da trincheira, o subjugado, o dominado, o proletário.

Para estudar o poder se precisa deixar de lado a soberania do Estado, o controle institucional feito pelos seus aparelhos, pois isso seria nada mais do que a sua face mais exterior. A descrição abaixo feita por Foucault no volume I do livro *História de la Sexualidad* demonstra bem esta relação<sup>104</sup>:

La palabra “poder” amenaza con introducir varios malentendidos. Malentendidos acerca de su identidad, su forma, su unidad. Por poder no quiero decir “el Poder”, como conjunto de instituciones y aparatos que garantizan la sujeción de los ciudadanos en Estado determinado. Tampoco indico un modo de sujeción que, por oposición a la violencia, tendría la forma de la regla. Finalmente, no entiendo por poder un sistema general de dominación ejercida por un elemento o un grupo sobre otro, y cuyos efectos, merced a sucesivas derivaciones, atravesarían el cuerpo social entero. El análisis en términos de poder no debe postular, como datos iniciales, la soberanía del Estado, la forma de la ley o la unidad global de una dominación; éstas son más bien formas terminales.

Logo, para Foucault, o “poder” não pode ser entendido como um poder político, de que dispõe o Estado, de exercer o comando e o controle, sem submissão aos

---

<sup>104</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 97.

interesses de outro. Tão pouco pode ser entendido como uma lei, uma regra ou uma dominação de um determinado grupo específico.

Assim, o poder não pode ser concebido como um objeto, uma coisa, um objeto de desejo, a aspiração que se pretende alcançar. Isso por uma questão bastante relevante: o poder não existe como sendo um objeto, ou a materialização de um desejo. Esse “ser” chamado “poder” não existe, e a “coisificação” pode ser a armadilha mais eficaz a ser construída discursivamente<sup>105</sup>.

No livro a *Microfísica do Poder*, Foucault também discorre sobre o poder<sup>106</sup>:

O poder é o poder concreto que cada indivíduo detém e que cederia, total ou parcialmente, para constituir um poder político, uma soberania política. Neste conjunto teórico a que me refiro, a constituição do poder político se faz segundo o modelo de uma operação jurídica que seria da ordem da troca contratual. Por conseguinte, analogia manifesta, que percorre toda a teoria, entre o poder e os bens, o poder e a riqueza. No outro caso – concepção marxista geral do poder – nada disto é evidente; a concepção marxista trata de outra coisa, da funcionalidade econômica do poder. Funcionalidade econômica no sentido em que o poder teria essencialmente como papel, manter relações de produção e reproduzir uma dominação de classe que o desenvolvimento e uma modalidade própria da apropriação das forças produtivas tornaram possível. O poder político teria neste caso encontrado na economia sua razão de ser histórica. De modo geral, em um caso temos um poder político que encontraria no procedimento de troca, na economia da circulação dos bens o seu modelo formal e, no outro, o poder

---

<sup>105</sup> PIMENTEL FILHO, Ernesto; VASCONCELOS, Edson. Foucault: Da microfísica à biopolítica. *Revista Aulas*, n. 3, dezembro 2006/março 2007. Disponível em:< <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1917/1377>>. Acesso em 08/07/2016. p. 10, 11.

<sup>106</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 11. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997. p. 99 .



político teria na economia, sua razão de ser histórica: o princípio de sua forma concreta e do seu funcionamento atual.

O texto acima mostra que a discussão sobre o poder é altamente complexa e a construção conceitual do mesmo, inúmeros fatores devem ser considerados, gerando muitas interpretações sobre o tema.

Durante muito tempo, um dos privilégios característicos do *poder soberano* foi o *direito de vida e morte*. Sem dúvida este derivava formalmente da velha *pátria potesta*, que dava ao pai de família romana o direito de “dispor” da vida de seus filhos, como de seus escravos: “ele havia dado, ele podia tirá-la”. O *direito de vida e morte*, tal como se formulava os teóricos clássicos, já era uma fórmula consideravelmente atenuada. Desde o soberano até os seus súditos, já não se concebia que tal privilégio fosse exercido em absoluto e incondicionalmente<sup>107</sup>.

O *direito de vida e morte*, tanto nessa forma moderna, relativa e limitada, como em sua antiga forma absoluta, era um direito dissimétrico. O soberano não exercia seu direito sobre a vida, senão pondo em ação seu direito de matar, ou retendo-o; não indicava seu poder sobre a vida senão em virtude da morte que podia exigir. O *direito de vida e morte* era, na realidade, “o direito de fazer morrer ou deixar viver” (“El derecho que se formula como “de vida y muerte” es en realidad el derecho de *hacer morir* o de *dejar vivir*”)<sup>108</sup>.

Pode se ver, portanto, que não havia *a priori* a escolha pela vida e aí se encontra a contradição no exercício do poder soberano. Se o soberano tinha o *direito de vida e morte*, para seu exercício, o desequilíbrio entre deixar morrer e deixar viver era fundamental. Desta forma, a prática do poder não se exercia de maneira equilibrada, muito pelo contrário. O soberano possuía o poder sobre a vida por ter antes o *direito de exercer o poder sobre a morte*. Em outras palavras, era porque o soberano podia matar

---

<sup>107</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 143.

<sup>108</sup> *Ibidem*, p. 144.

que ele tinha o poder sobre a vida. Então, o exercício soberano colocava-se a partir do *direito de fazer morrer ou deixar viver*<sup>109</sup>.

A visão de mudanças históricas, ocorridas a partir do final do século XVI e início do século XVII, quando a burguesia se tornou a classe dominante, levou a Foucault descrever uma alteração na estrutura do poder.

Estas observações mostravam que progressivamente, o corpo humano se tornava essencialmente uma força produtiva. Assim, dos séculos XVII e XVIII, todas as formas de desgastes, irreduzíveis à constituição das forças produtivas, manifestava sua própria inutilidade; sendo banidas, excluídas e reprimidas. O objetivo era reconstituir uma força de trabalho, cujo estatuto ótimo, pelo menos no começo do século XIX, era o de ser infinita: quanto mais força de trabalho houvesse, mais condições teria o sistema de produção capitalista de funcionar melhor e em plena capacidade<sup>110</sup>.

Esta observação histórica possibilitou a Foucault usar uma nova terminologia de poder sobre a vida que se desenvolve desde o final do século XVII<sup>111</sup>.

A vida então é entendida em termos biológicos. A vida biológica das populações com certas características faz produzir e reproduzir suas vidas, como natalidade, mortalidade, produção de riqueza, pobreza e sanidade. A estratégia de poder vai governar as características biológicas das pessoas para as pessoas serem produtivas e menos conflituosas. Podemos observar estas proposições no parágrafo abaixo<sup>112</sup>:

Uno de los polos , al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración

---

<sup>109</sup> PIMENTEL FILHO, Ernesto; VASCONCELOS, Edson. Foucault: Da microfísica à biopolítica. *Revista Aulas*, n. 3, dezembro 2006/março 2007. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1917/1377>>. Acesso em 08/07/2016. p. 15.

<sup>110</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 11. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997. p. 103.

<sup>111</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 147.

<sup>112</sup> *Ibidem*, p. 147, 148.

en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolítica de cuerpo humano*. El segundo, formado algo más tarde, hacia mediados de siglo XVII, se centró en el cuerpo-especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y de *controloes reguladores: una biopolítica de la población*.

É pois no limiar do biológico, nessa zona entre o biológico e o social, que as tecnologias modernas intervêm e colonizam, de um modo novo, aquilo que no mundo clássico se reservava a esfera do doméstico e do privado - a esfera de *oikos* (do grego *casa*). O corpo e a vida, o corpo como criação do ser vivente do homem, tonando-se matéria política. Dessa matéria, é feito o homem moderno de Foucault<sup>113</sup>.

Portanto, o poder é o poder sobre a vida, ou seja, o biopoder<sup>114</sup>. Esse biopoder foi, sem dúvida, um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que não pode se afirmar senão ao preço da inserção controlada dos corpos no aparato de produção e mediante a um ajuste dos fenômenos de população aos processos econômicos<sup>115</sup>. Assim emergiu, como legitimação e objeto da modernidade política, em sua dupla articulação entre o indivíduo e a população<sup>116</sup>.

---

<sup>113</sup> GIORGI, Gabriel; RODRIGUEZ, Fermín (comps). *Ensayos sobre biopolítica – excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 2007. p. 10.

<sup>114</sup> NEGRI, Antonio. El monstruo político. Vida desnuda y potencia. In: GIORGI, Gabriel; RODRIGUEZ, Fermín (comps). *Ensayos sobre biopolítica – excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 2007. p. 118.

<sup>115</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 149.

<sup>116</sup> GIORGI, Gabriel; RODRIGUEZ, Fermín (comps). *Ensayos sobre biopolítica – excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 2007. p. 11.

No entanto, este exigiu mais; necessitou do crescimento de uns e de outros. Seu reforço, ao mesmo tempo que sua utilidade e docilidade, requereu métodos de poder capazes de aumentar as forças, as aptidões e a vida em geral, sem torná-las mais difíceis de dominá-las; sem o desenvolvimento dos grandes aparatos do Estado, como *instituições* de poder, assegurando a manutenção das relações de produção, os rudimentos da anatomopolítica e da biopolítica<sup>117</sup>.

Estas *técnicas* de poder, inventadas no século XVIII, se tornaram presentes em todos os níveis do corpo social e foram utilizadas por instituições muito diferentes, como a família, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades. Atuaram no terreno de processos econômicos, do seu desenvolvimento, das forças envolvidas neles e que os sustentam. Operaram também como fatores de segregação e hierarquização sociais, incidindo nas forças respectivas de uns e outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia, ajuste entre a acumulação dos homens e do capital, a articulação entre o crescimento dos grupos humanos, a expansão das forças produtivas e a repartição diferencial da ganância. Estas em parte foram possíveis graças ao exercício do biopoder em suas formas e procedimentos múltiplos. A invasão do corpo vivente, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram nesse momento indispensáveis<sup>118</sup>.

Dessa forma, a ideia de biopoder veio se juntar às reflexões sobre as práticas disciplinares, ambas técnicas de exercício de poder, particularmente a partir do século XVIII e XIX.

As disciplinas se voltavam para o indivíduo, e para o seu corpo, para a sua normalização e adestramento através das diversas instituições modernas que esse indivíduo atravessava durante a sua vida (a escola, a caserna, a fábrica, o hospital, a prisão, etc.). Eram instituições que docilizavam os corpos e os tornavam aptos à produção industrial vigente, enquanto produção central nessa fase do capitalismo. Portanto, o poder disciplinar age através da inscrição desses corpos em espaços determinados, do controle do tempo sobre eles (rapidez para maximização da produção,

---

<sup>117</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 149.

<sup>118</sup> *Ibidem*, p. 149, 150.

etc.), da vigilância contínua e permanente, e da produção de saber, conhecimento, por meio dessas práticas de poder<sup>119</sup>.

Por outro lado, o poder sobre o corpo tão pouco deixou de existir totalmente até meados do século XIX. Sem dúvida, a pena não mais se centralizava no suplício, como técnica de sofrimento, mas sim como objeto, a perda de um bem ou de um direito. Porém, castigos como trabalhos forçados ou prisão - privação pura e simples da liberdade - nunca funcionaram sem certos complementos punitivos referentes ao corpo: redução alimentar, privação sexual, expiação física, masmorra. Na realidade, a prisão, nos seus dispositivos mais explícitos, sempre aplicou certas medidas de sofrimento físico<sup>120</sup>.

Assim, o poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor<sup>121</sup>:

Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. “Adestra” as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais — pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos

---

<sup>119</sup> TRINDADE, Carlos Roberto Calenti. *Biopoder, biopolítica e o Overmundo*. Disponível em: <<http://www.cencib.org/simposioabciber/PDFs/CC/Carlos%20Roberto%20Calenti%20Trindade.pdf>>. Acesso em 24 fev. 2012. p. 1.

<sup>120</sup> FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. 27 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987. p. 19.

<sup>121</sup> *Ibidem*, p. 195.

de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado. E são eles justamente que vão pouco a pouco invadir essas formas maiores, modificar-lhes os mecanismos e impor-lhes seus processos.

O exercício da disciplina supõe então, um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver, induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre a quem se aplicam<sup>122</sup>.

Antonio Negri também discorre sobre este tema na sua obra *La Fábrica de Porcelan*<sup>123</sup>:

Mientras la disciplina se daba como una “anatomy-política“ de los cuerpos y se aplicaba principalmente a los individuos la biopolítica representa por el contrario una suerte de gran “medicina social“ que se plaica al control de las poblaciones con el fin de gobernar la vida: *a partir de allí, la vida forma parte del campo del poder.*

Na medicina se observa ainda nos dias de hoje esta ação de vigilância. Podemos citar desde o código de ética escrito e os órgãos regulatórios e até mesmo, no Brasil, o

---

<sup>122</sup> FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. 27 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987. p. 196.

<sup>123</sup> NEGRI, Antonio. *La Fábrica de Porcelana*. Barcelona: Paidós, 2008. p. 38.

controle das carteiras de vacinação dos filhos dos funcionários públicos, tendo estes que apresentá-las periodicamente para não sofrerem nenhum tipo de punição.

Assim, os conceitos dos "dispositivos" têm uma origem subjetiva. Tanto o conceito de "dispositivos", descrito por Foucault, como por Deleuze, é entendido como um conjunto de práticas e estratégias homogêneas que caracterizam um estado de poder numa época determinada, podendo os mesmos ser "dispositivos de controle" e "dispositivos normativos"<sup>124</sup>:

Cuando hablamos de "dispositivos", queremos referirnos a un pensamiento de tipo genealógico cuyo desarrollo comprende el movimiento de los deseos y de los razonamientos: subjetivamos en consecuencia las relaciones de poder que atraviesan al mundo, a la sociedad, a las determinaciones institucionales y a las prácticas individuales.

Estes "dispositivos" estão em ação em toda a sociedade e em todas as áreas, especialmente na medicina. Contudo, a medicina não é a única instituição a exercer essa vigilância sobre os corpos e os indivíduos: a justiça penal participa no âmbito de uma divisão do trabalho<sup>125</sup>.

A pressão do biológico sobre o histórico, durante milênios, foi extremamente forte; a epidemia e a fome constituíam as duas grandes formas dramáticas dessa relação, que permanecia assim colocada abaixo do signo da morte. O desenvolvimento econômico, principalmente agrícola do século XVIII permitiu que se diminuíssem um pouco essas ameaças profundas. Também contribuiu o desenvolvimento dos conhecimentos relativos à vida. Assim, pela primeira vez na história, o biológico se reflete no político. O termo "*biopolítica*" passa a ser usado por Foucault para designar "o que vem à vida" e, seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos, tornando o

---

<sup>124</sup> NEGRI, Antonio. *La Fábrica de Porcelana*. Barcelona: Paidós, 2008. p. 44, 45.

<sup>125</sup> GIAMI, Alain. A Medicalização da Sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da Sexualidade? *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 269, 2005.

“poder-saber” num agente de transformação da vida humana, como transcrito no parágrafo abaixo<sup>126</sup>:

...“biopolítica” para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana...

O Estado, a partir do século XVIII, começa a incluir entre suas tarefas o cuidado da vida da população, transformando assim a política em biopolítica, é principalmente por uma progressiva generalização e redefinição do conceito da vida vegetativa ou orgânica, coincidindo com o patrimônio biológico da nação, que realizará sua nova missão<sup>127</sup>.

Apresentemos então a definição foucaultiana de biopolítica<sup>128</sup>:

El término “biopolítica“ indica la manera en la que el poder se transforma, en un determinado periodo, con el fin de gobernar no solamente a los individuos a través de ciertos procedimientos disciplinarios, sino al conjunto de seres vivos constituido en “poblaciones“: la (a través de biopoderes locales) se ocupa también de la gestión de la salud, de la higiene, de la alimentación, de la natalidad, de la sexualidad, etc., a medida que esos diferentes campos de intervención se convierten en desafíos políticos.

---

<sup>126</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009. p. 150, 151.

<sup>127</sup> AGAMBEN, Giorgio. La inmanencia absoluta. In: GIORGI, Gabriel; RODRIGUEZ, Fermín (comps). *Ensayos sobre biopolítica – excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 2007. p. 79.

<sup>128</sup> NEGRI, Antonio. *La Fábrica de Porcelana*. Barcelona: Paidós, 2008. p. 38.



Para Negri<sup>129</sup> é evidente que o conceito de biopolítica só pode ser entendido sobre a base da concepção que Foucault tinha do poder. Segundo Foucault, o poder nunca é uma entidade coerente, unitária e estável, senão um conjunto de “relações de poder“, que implicam condições históricas complexas e efeitos múltiplos, sendo portanto, “o poder é um campo de poderes“.

Assim, a biopolítica se ocupa aos poucos de todos os aspectos da vida que seguidamente serão chamados a se converter num campo de desenvolvimento das políticas do *Welfare State* (Estado de bem estar), sendo seu desenvolvimento efetivamente comprometido por completo na tentativa de obter uma melhor gestão das forças de trabalho<sup>130</sup>.

Como vimos acima, essa nova tecnologia surgida, a biopolítica, não se resume ao homem como corpo, ela se dirige aos fenômenos mais globais, mais gerais. Vai afetar os processos ligados à vida, como o nascimento, a morte, a doença, a produção, o casamento. Nesse sentido, não será a individualização que se coloca, mas a massificação; não o homem-corpo, mas o homem-ser vivo. Processos como os de natalidade, mortalidade e de longevidade se articulam a uma série de outros de ordem política e econômica, eles serão os principais campos de saber e alvos dessa biopolítica<sup>131</sup>.

A biopolítica, portanto, origina-se sobre princípios que desenvolvem as tecnologias do capitalismo e da soberania. Por outro lado, estas se modificam amplamente no tempo, evoluindo de uma primeira forma, disciplinaria, para uma segunda, que agrega às disciplinas, os dispositivos de controle, como apresentado anteriormente neste capítulo<sup>132</sup>.

---

<sup>129</sup> NEGRI, Antonio. *La Fábrica de Porcelana*. Barcelona: Paidós, 2008. p. 40.

<sup>130</sup> *Ibidem*, p. 38.

<sup>131</sup> PIMENTEL FILHO, Ernesto; VASCONCELOS, Edson. Foucault: Da microfísica à biopolítica. *Revista Aulas*, n. 3, dezembro 2006/março 2007. Disponível em:< <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1917/1377>>. Acesso em 08/07/2016. p. 18, 19.

<sup>132</sup> NEGRI, Antonio. *La Fábrica de Porcelana*. Barcelona: Paidós, 2008. p. 39.

É então que se lança mão de incrementos para a melhor captação destes processos. Destaca-se, entre esses processos, a produção da estatística que será de fundamental importância. Sobretudo, no que toca à medição dos fenômenos da natalidade. Mas não só o problema da natalidade será tocado. A morbidade fará parte do esquema da biopolítica, não a morte que vem como que partir a vida de maneira monstruosa, mas a morte que se prolonga, que se instala permanentemente sobre a vida. Sairíamos da epidemia como fenômeno brutal sobre a vida para a doença como fator global<sup>133</sup>.

No entanto, a biopolítica tem um contexto contraditório, por sua própria definição. Mostra a extensão da contradição econômica e política, sobretudo no tecido social, mas representa também a emergência das distintas resistências pelas quais está permanentemente mal intencionada<sup>41</sup>. É contraditório, porque quando falamos da subordinação real da sociedade pelo capital, e assim, da atualidade do desenvolvimento capitalista, entendemos por certo a mercantilização da vida, o desaparecimento do valor do uso, a colonização das formas de vida por parte do capital, mas entendemos também as construções de uma resistência nesse novo horizonte<sup>134</sup>.

Ainda abordando as “tecnologias de poder”, podemos fazer referência quanto ao processo de medicalização. Este não é redutível à instituição médica nem a do asilo, e seu aparecimento se inscreve no desenvolvimento destas tecnologias<sup>135</sup>. Este processo consiste, assim, numa transformação da família em agente de vigilância e de controle, compreendendo as ações efetuadas no seio da família, ao mesmo tempo que o controle médico, exercido do exterior sobre a família. A medicalização aparece como um processo dotado de certa complexidade, colocando em ação os saberes médicos e psiquiátricos, as recomendações práticas e difundidas sobre a família, as disposições

---

<sup>133</sup> FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 290, 291.

<sup>134</sup> *Ibidem*, p. 46.

<sup>135</sup> GIAMI, Alain. A Medicalização da Sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da Sexualidade? *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 261, 2005.

permanentes desenvolvidas com os pais e um controle exercido do exterior sobre a família<sup>136</sup>.

Alguns autores, utilizando-se das reflexões de Foucault, identificaram uma transição no modo de organização do poder na nossa sociedade, que Foucault começou a perceber, mas não teve tempo para desenvolver completamente.

Gilles Deleuze fala da passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de controle, características da contemporaneidade. Se as disciplinas agiam em espaços de confinamento (escolas, fábricas, hospitais, prisões), o controle se espalha por todo o tecido social. Deleuze diz que o poder não age mais como molde, como acontecia nas sociedades disciplinares, mas por modulações, flexíveis e constantemente aperfeiçoáveis. Assim, o tempo do trabalho não é mais só o da fábrica (que se transforma em empresa, e se preocupa cada vez mais com a produção de serviços, e não de mercadorias), mas, se estende por toda a vida do trabalhador, a formação também nunca termina, é contínua (“nunca se deve parar de estudar”)<sup>137</sup>.

Antônio Negri estabelece a diferença entre o biopoder, como aquele que investe suas tecnologias de controle sobre as redes de produção, afim de gestioná-las, absorvê-las e neutralizá-las, e a biopolítica, se aludindo a “espaços nos quais se desenvolvem relações, lutas e produções de poder”. Assim, a biopolítica é o terreno das lutas, das resistências produtivas frente às tentativas do biopoder de modular e neutralizar as redes de cooperação. Assim o autor acredita que o biopoder também se reformula. É esse novo biopoder, e a biopolítica correspondente, que hoje se chama de *Overmundo*<sup>138</sup>.

---

<sup>136</sup> GIAMI, Alain. A Medicalização da Sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da Sexualidade? *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 267, 2005.

<sup>137</sup> TRINDADE, Carlos Roberto Calenti. *Biopoder, biopolítica e o Overmundo*. Disponível em: <<http://www.cencib.org/simposioabciber/PDFs/CC/Carlos%20Roberto%20Calenti%20Trindade.pdf>>. Acesso em 24 fev. 2012. p. 3.

<sup>138</sup> *Ibidem*, p. 3,4

Concluindo o capítulo, Foucault procurou mostrar que a "biopolítica", desde o século XVIII procurou racionalizar os problemas colocados a serviço da prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes, constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças. Sabe-se que esses problemas ocuparam desde o século XIX um lugar crescente e que estes desafios políticos e econômicos, permanecem até os dias de hoje<sup>139</sup>.

A compreensão e o entendimento destes conceitos apresentam uma grande complexidade, considerando que permeiam praticamente todos os aspectos do viver, estando os mesmos impregnados na vida cotidiana sem que percebamos a atividade destes nas extensões da vida. O estudo destes conceitos mostra que quando se propõe estudar saúde, a partir de uma visão crítica e contextualizada dos direitos humanos, estes possibilitarão um olhar de observação voltado para o objetivo proposto.

---

<sup>139</sup> FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. Curso dado no College de France (1978-1979), Martins Fontes, 2008. p. 430.

## **CAPÍTULO 3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O DIREITO HUMANO À SAÚDE – ANÁLISE DO 1º DECÊNIO DOS INFORMES (1995-2004)**

No capítulo 3 apresentaremos a principal instituição mundial, que é o maior órgão internacional, designado para tratar de questões relacionadas à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Faremos uma revisão sobre sua constituição, desde sua criação, relatando suas atribuições e procedimentos.

Abordaremos na sequência, as publicações do órgão, em especial, os relatos anuais de um boletim oficial sobre informações coletadas da saúde mundial. Apresentaremos neste capítulo, os Boletins do primeiro decênio da OMS (1995 a 2004).

Estes boletins foram analisados se levando em conta os indicadores selecionados do Quadro 1, apresentado na Introdução desta tese, para identificar a abordagem do direito humano à saúde.

Nos objetivos desta tese, inclui-se estudar a posição da OMS com relação ao direito humano à saúde, a partir da investigação dos elementos principais relacionados a este direito.

### **3.1. Organização Mundial da Saúde – OMS**

O maior órgão internacional que trabalha com os aspectos da saúde, na sua forma mais ampla, é a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta foi criada como uma agência específica das Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1948, como uma agência especializada nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas. Sua existência oficial foi declarada em 7 de abril daquele ano, depois de mais da metade dos membros da ONU ter assinado sua constituição<sup>140</sup>:

---

<sup>140</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em 19/9/2012, p. 1, 2.

The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (*Off. Rec. Wld Hlth Org.*, 2, 100), and entered into force on 7 April 1948.

Todos os anos, o Dia Mundial da Saúde é comemorado em 7 de abril para marcar o aniversário da fundação da OMS, em 1948. A cada ano, um tema é selecionado para o Dia Mundial da Saúde, que destaca uma área prioritária de preocupação para a OMS<sup>141</sup>.

Pode se observar que OMS foi criada no mesmo ano da Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Todos estes acontecimentos, obviamente, têm relação com o período de pós-guerra, que se desencadeou após os horrores da Segunda Guerra Mundial.

Esta concepção certamente é fruto do movimento de internacionalização dos direitos humanos, que surge, no pós-guerra, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o nazismo. É neste cenário que se vislumbra o esforço de reconstrução dos direitos humanos, como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional. A barbárie do totalitarismo significou a ruptura do paradigma dos direitos humanos, por meio da negação do valor da pessoa humana como valor fonte do direito. Se a Segunda Guerra significou a ruptura com os direitos humanos, o Pós-Guerra deveria significar a sua reconstrução<sup>142</sup>.

Neste contexto mundial temos a criação da OMS, sendo esta ocorrência, inserida no que acontecia no mundo todo naquele determinado momento. Acreditava-se ser necessária a criação de um órgão que regulasse e orientasse as nações existentes no momento, com relação à saúde.

---

<sup>141</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Day - 7 April. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/en/>>. Acesso em: 19/9/2012.

<sup>142</sup> PIOVESAN, Flávia. Direito ao desenvolvimento: desafio contemporâneos. In: PRONER, Carol; CORREAS, Oscar. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 221, 222.

Na sua criação o objetivo da OMS era bem ambicioso, definido como "a obtenção, por todos os povos, do nível de saúde mais alto possível", e a própria definição de saúde, já apresentada anteriormente, sendo definida de modo amplo como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em vez da mera ausência de doenças ou enfermidades". Os documentos básicos de sua instalação mostram uma série de atribuições, como se pode observar no texto abaixo<sup>143</sup>:

THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and States.

The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all.

Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.

Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.

---

<sup>143</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em 19/9/2012. p. 1.

The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.

Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

Quando se observa à luz de uma teoria crítica, pode-se questionar este objetivo ambicioso, pois se sabe que cada local, cada região tem suas características próprias e necessidades individuais, como apresentado no Capítulo 1.

No entanto, quando se referencia a teoria de um mínimo necessário, estes aspectos podem ser considerados. O processo de universalização dos direitos humanos previa a formação de um sistema internacional de proteção destes direitos. Este sistema é integrado por tratados internacionais de proteção que refletem, sobretudo, a consciência ética contemporânea compartilhada pelos Estados, na medida em que invocam o consenso internacional acerca de temas centrais aos direitos humanos, na busca da salvaguarda de parâmetros protetivos mínimos, do “mínimo ético irreduzível”<sup>144</sup>.

Um primeiro desafio se refere a um dos temas mais complexos e instigantes da teoria geral dos direitos humanos, concernente à própria fundamentação destes direitos. O debate entre os universalistas e os relativistas culturais retoma o dilema. Para os universalistas, defende-se o mínimo ético irreduzível – ainda que possa se discutir o alcance deste “mínimo ético” e dos direitos nele compreendidos. Para os relativistas, a

---

<sup>144</sup> PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006. PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006. p. 9.



noção de direitos está estritamente relacionada ao sistema político, econômico, cultural, social e moral vigente em determinada sociedade<sup>145</sup>.

Joaquín Herrera Flores sustenta um universalismo de confluência, ou seja, um universalismo de ponto de chegada e não de ponto de partida. No dizer de Herrera Flores<sup>146</sup>:

“(...) nossa visão complexa dos direitos baseia-se em uma racionalidade de resistência. Uma racionalidade que não nega que é possível chegar a uma síntese universal das diferentes opções relativas a direitos. (...) O que negamos é considerar o universal como um ponto de partida ou um campo de desencontros. Ao universal há que se chegar – universalismo de chegada ou de confluência – depois (não antes de) um processo conflitivo, discursivo de diálogo (...). Falamos de entrecruzamento e não de uma mera superposição de propostas”.

Com relação a estas questões, Proner (2011) coloca que os direitos humanos não se confundem com as normas. As normas são instrumentos de proteção de direitos, mas os direitos não se esgotam ou se limitam na norma escrita e menos ainda em seus impeditivos ou barreiras para a realização que decorrem de modelos político-econômicos. As necessidades não deixam de existir no momento em que são transcritas em pactos internacionais ou normas positivas em constituições ou leis ordinárias<sup>147</sup>.

Com relação às atribuições da OMS, ela é responsável por dirigir e coordenar as ações de saúde dentro do sistema das Nações Unidas, sendo responsável em liderar

---

<sup>145</sup> PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006. PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006. p. 14, 15.

<sup>146</sup> *Ibidem*, p. 17.

<sup>147</sup> PRONER, Carol. Desafios do Direito Internacional Público no Século XXI: o Direito Internacional dos direitos humanos. In: MANENTE, Ruben Rockenbach; DIAS, Jefferson Aparecido; SUXBERGER, Antônio Henrique Graciano. *Teoria crítica: Das lutas aos direitos*. Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2011, p. 51.

questões globais de saúde, definir a agenda de pesquisa em saúde, estabelecer normas e padrões, articulando opções políticas baseadas em evidências, fornecer apoio técnico aos países e, acompanhar e avaliar as tendências de saúde<sup>148</sup>.

Exemplificando suas atuações, não se pode deixar de lembrar que a Instituição foi um importante instrumento na erradicação da varíola já nos anos 60, quando foi desencadeado o Programa de Erradicação desta doença. A varíola foi escolhida não tanto por sua importância, como causa de morbidade e mortalidade, mas pela magnitude do problema (os casos chegavam a milhões) e pela redutibilidade, a vacina tinha alta eficácia, e como a doença só se transmite de pessoa a pessoa, a existência de grande número de imunizados privaria o vírus de seu hábitat. Resultou que o último caso registrado de varíola ocorreu em 1977. A erradicação de uma doença foi um fato inédito na história da Humanidade<sup>149</sup>. Esta foi considerada como uma das maiores conquistas da OMS. Além disso o sarampo foi eliminado da maior parte do mundo industrializado<sup>150</sup>.

The eradication of smallpox in the late 1970s is regarded as one of WHO's greatest achievements, and measles has been eliminated from much of the industrialized world.

A Instituição apresenta uma série de programas e projetos para controle de doenças antigas e outras relativamente novas<sup>151</sup>, incluindo um programa denominado saúde e direitos humanos<sup>152</sup>:

---

<sup>148</sup> World Health Organization. About WHO. Disponível em: < <http://www.who.int/about/en/>>. Acesso em: 19/9/2012.

<sup>149</sup> SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 38, 2007.

<sup>150</sup> THE WORLD HEALTH REPORT. BRIDGING THE GAPS. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 85.

<sup>151</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programmes and projects. Disponível em: < <http://www.who.int/entity/en/>>. Acesso em: 19/9/2012.

<sup>152</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health and Human Rights. Disponível em: < <http://www.who.int/hhr/en/>>. Acesso em: 19/9/2012.

Every country in the world is now party to at least one human rights treaty that addresses health-related rights. This includes the right to health as well as other rights that relate to conditions necessary for health.

O trabalho da OMS é desempenhado principalmente por um secretariado. Os membros do secretariado são chefiados por um diretor-geral e trabalham em áreas identificadas pelo conselho executivo e ratificadas por uma assembleia. O secretariado é atualmente constituído por 8.000 especialistas da área da saúde e outras áreas, além de equipes de apoio que trabalham no escritório principal, escritórios regionais e em países-membros ao redor do mundo. No mais alto cargo da organização está o diretor-geral, que é eleito por um período de cinco anos<sup>153</sup>.

A Assembleia Mundial da Saúde é o principal órgão controlador da OMS. Ele é composto de delegados de todos os países-membros, que atualmente são 194. A assembleia se reúne no mês de maio, normalmente no escritório principal da OMS, em Genebra, na Suíça<sup>154</sup>. Nessa reunião, ela revê e aprova o orçamento do ano seguinte, decide para onde a OMS irá dirigir sua atenção naquele ano e, se necessário, elege o conselho executivo e o diretor-geral. Os assuntos que chegam até este órgão central elaborador de políticas são decididos pelo conselho executivo.

O conselho executivo é composto de membros eleitos entre os membros da assembleia para mandatos de três anos. Eles possuem qualificações técnicas no campo da saúde e costumam ser médicos. Sua reunião principal acontece em janeiro, quando decidem o programa e os assuntos a serem discutidos na reunião da assembleia, em maio<sup>155</sup>.

---

<sup>153</sup> World Health Organization. Governance. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>>. Acesso em: 19/9/2012.

<sup>154</sup> *Idem.*

<sup>155</sup> *Idem.*

O financiamento para a OMS vem de duas fontes: contribuições dos países-membros e contribuições voluntárias, incluindo agências da ONU, doações, organizações não governamentais e colaborações do setor privado<sup>156</sup>.

A OMS também monitora a incidência global de uma ampla variedade de doenças e fornece relatórios preventivos para viajantes, recomendando quais vacinas e outras medidas preventivas são necessárias ao viajar para áreas específicas<sup>157</sup>.

A instituição conta com muitas publicações científicas, sendo as principais publicações da OMS o *Bulletin of the World Health Organization (Boletim da Organização Mundial da Saúde)*, o *Eastern Mediterranean Health Journal*, o *Recursos Humanos para a Saúde* o *Pan American Journal of Public Health* e o *World Health Report*<sup>158</sup>. No entanto, todas estas publicações são referentes a artigos científicos.

### **3.2. Análises dos Informes da Organização Mundial da Saúde – OMS**

Para que possa informar suas ações, bem como a situação da saúde nos vários cenários mundiais, a OMS apresenta um informe anual. O primeiro informe publicado pela OMS foi em 1995, sendo esta a publicação líder da OMS.

O informe combina uma avaliação de especialistas da saúde global, incluindo as estatísticas relativas a todos os países, com foco em um assunto específico. A principal proposta do informe é fornecer aos países, agências doadoras, organizações internacionais e outras instituições, a informação de que necessitam para ajudá-los a tomar decisões políticas e de financiamento. O informe também é oferecido para um público mais amplo, de universidades, hospitais de ensino e escolas, aos jornalistas e ao

---

<sup>156</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working for health. Disponível em: <[http://www.who.int/about/brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/about/brochure_en.pdf)>. Acesso em: 19/9/2012.

<sup>157</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Publications. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/en/>> Acesso em 12/3/2012.

<sup>158</sup> *Idem.*

público em geral, qualquer um, na verdade, com interesse pessoal ou profissional em questões internacionais da saúde<sup>159</sup>.

Os informes da OMS são publicados anualmente desde o ano de 1995. No ano de 2012, o mesmo não foi publicado, sem uma explicação clara da organização. O mesmo acontecendo com o ano de 2014. Estes dois anos não estão disponibilizados no site da OMS. Pode-se concluir que foi tomada a decisão de se tornar bianual, mas até o momento a organização não se manifestou para tal.

A língua oficial da publicação é a inglesa. A partir de 2001, pode-se encontrar o informe também em outras línguas como o espanhol. Optamos por analisar em inglês até o ano 2000, pois até então só estava disponível em inglês e a partir de 2001, em espanhol, língua do país, onde a tese será apresentada e defendida.

Observamos uma variação na apresentação dos vários informes, sendo alguns quase que exclusivamente textuais e outros se utilizando de imagens gráficas e figuras para ilustração da proposta apresentada.

Ao analisarmos os informes, escolhemos por fazer recortes dos mesmos a partir de trechos que representassem o objetivo da pesquisa. Nestes recortes, quando pertinentes, elegemos imagens e figuras que fossem representativas.

Acreditamos que a situação da saúde, como um direito humano, deve ser avaliada em vários aspectos, tais como o número de profissionais da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes, sua formação técnica e ética-moral, condições de atendimento, desde as condições físicas locais e de equipamentos médico cirúrgicos, acesso aos medicamentos básicos e de alta custo, bem como envolvimento da indústria farmacêutica nas ações da instituição.

Sabemos que a análise de qualquer relato, informe, obra ou outra manifestação qualquer, sempre terá um caráter impuro. Sempre uma ideologia do autor estará influenciando o exercício que executa, pois estaremos tentando fazer uma “tradução” da mensagem presente de forma clara ou velada. Fazemos um paralelo às nossas

---

<sup>159</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report, 2012 <<http://www.who.int/whr/en/index.html>> Acesso em 13/3/2012.

colocações, quando Herrera Flores, no seu livro “Os direitos humanos como produtos culturais”, apresenta as reflexões de Goethe em sua Carta a Streckfuss<sup>160</sup>:

Goethe afirmava em 1827 o seguinte: “Ao traduzir, temos que chegar quase ao intraduzível. A intuição goethiana funciona como uma carga de profundidade potentíssima contra as opções que só admitem como racionais as fórmulas linguísticas e culturais que coincidem com um padrão universal predefinido e imutável. Com esta atitude em nossas reservas, não teremos mais remédio que admitir que qualquer formação social - não só a nossa - a que reaciona frente as suas próprias realidades”.

Dividimos as análises em dois blocos: de 1995 a 2004 e de 2005 a 2015, ou seja, 1º decênio, que apresentaremos neste capítulo e o 2º decênio no capítulo 4. Assim escolhemos para avaliarmos qual seria a tendência temática de cada decênio, considerando as grandes transformações mundiais ocorridas nos últimos vinte anos.

### **3.2.1 Análises dos Informes da Organização Mundial da Saúde – OMS 1995-2004**

Neste tópico do capítulo agrupamos os primeiros 10 (dez) anos de informes da OMS. Os mesmos compreenderam informes abordando a influência destrutiva da pobreza em todas as etapas da saúde (1995); as doenças infecciosas como causa principal das mortes prematuras e o combate as mesmas como fator de desenvolvimento (1996); enfermidades não transmissíveis se comportando como epidêmicas (1997); tendências sanitárias e instrumentos para melhoria (1998); as conquistas do século XX, os desafios e uma série de estratégias para promover a mudança para uma melhor saúde no século XXI (1999); os diversos aspectos dos sistemas de saúde do mundo todo e como melhorá-los (2000); saúde mental não atendida durante muito tempo (2001); fatores de risco à saúde humana (2002); situação sanitária mundial e as principais

---

<sup>160</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 15.

ameaças à saúde humana (2003) e a estratégia global contra a infecção pelo HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida combinada à prevenção, tratamento e apoio em grande prazo (2004).

Este tópico se propõe analisar a visão da OMS a partir de um conceito de saúde e o direito humano numa visão crítica do mesmo como propõe Herrera Flores.

### **3.2.1.1. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1995 - Reduzir as desigualdades**

*El primer Informe sobre la salud en el mundo indica que la pobreza ejerce su influencia destructiva y a menudo mortal en todas las etapas de la vida. Existen en el mundo diferencias cada vez mayores entre ricos y pobres y entre los que tienen acceso a la atención de salud y los que no. El informe describe los esfuerzos desplegados por la OMS para contribuir a reducir las desigualdades en materia de salud mundial<sup>161</sup>.*

Neste informe fica muito clara a participação da pobreza no estado da saúde das pessoas, com os autores do informe explicitando o quadrinômio bio-psico-social-cultural. O papel dos fatores sociais está colocado, como se observa no parágrafo abaixo<sup>162</sup>:

Poverty is the main reason why babies are not vaccinated, clean water and sanitation are not provided, and curative drugs and other treatments are unavailable and why mothers die in childbirth. Poverty is the main cause of reduced life expectancy,

---

<sup>161</sup> The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015.

<sup>162</sup> *Ibidem*, p. 1.

of handicap and disability, and starvation. Poverty is a major contributor to mental illness, stress, suicide, family disintegration and substance abuse.

A pobreza é o núcleo central da impossibilidade de vacinação universal das crianças, ausência de água potável e saneamento básico; disponibilidade de medicamentos e tratamentos, mortalidade materna neonatal, redução da expectativa de vida, deficiências, incapacidades, fome, contribuintes para a doença mental, estresse, suicídio, desintegração familiar e abuso de substâncias. O texto da OMS deixa muito claro o papel social no estado da condição saúde.

Dados importantes que avaliam o desenvolvimento das populações estão presentes no informe<sup>163</sup>:

Beneath encouraging facts about decreasing mortality and increasing life expectancy, and many other unquestionable advances, lie unacceptable disparities in health – widening gaps between rich and poor, between one population group and another, between age groups and between the sexes.

A person in one of the least developed countries in the world has a life expectancy of 43 years according to 1993 calculations. In one of the most developed countries, it is 78 years. That is a difference of more than a third of a century. A rich, healthy man can live twice as long a poor, sick man.

As diferenças entre as nações desenvolvidas e as menos desenvolvidas são especificadas, segundo a expectativa de vida no informe com dados de 1993. Indiretamente, expõem-se os efeitos do capitalismo nas condições de saúde das populações distanciadas pelas diferenças sócio-econômicas.

---

<sup>163</sup> The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 1.



O informe destaca os principais problemas de saúde no mundo atual do momento relatado. Não prescreve soluções, embora em alguns casos, as opções são descritas. Ao mesmo tempo, examina a saúde não apenas pela doença, mas também pela idade; como o impacto da doença difere na variação do espectro de idade. Obviamente existem sobreposições como a malária, por exemplo, afetando ambos, bebês e idosos. Sempre que possível, no entanto, o estado de saúde foi avaliado para lactentes e crianças, adolescentes, adultos e, mulheres em particular, e idosos<sup>164</sup>.

The report highlights major health concerns in the world today; it does not attempt to prescribe solutions, although in some cases options are outlined. At the same time the report examines the burden of ill-health not just by disease, but also by age, as the impact of illness differs across the age spectrum. Obviously there are overlaps: malaria, for instance, affects both babies and elderly people. Where possible, however, health status has been assessed for infants and children, for adolescents, for adults and women in particular and for the elderly.

A desnutrição é apresentada como um fator contribuinte fundamental para a mortalidade infantil e o desenvolvimento da doença, muitas vezes passando despercebida<sup>165</sup>:

Malnutrition contributes substantially to childhood death and disease but often goes unrecognized as such. In 1990 more than 30% of the world's children under age 5 were underweight for their age. The proportion ranged from 11% of children in Latin America to 41% in Asia. The figure for Africa was 27%.

---

<sup>164</sup> The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 4.

<sup>165</sup> *Ibidem*, p. 6.

Doenças infecciosas agravando os fatores causais da mortalidade infantil são apresentadas. Além disso, doenças crônicas que eram problemas de países desenvolvidos, vêm a ser problema de saúde pública em países não desenvolvidos.

Além disso, apresenta-se as doenças mentais, como tristeza, depressão e ansiedade, solidão e rejeição, especialmente ignoradas em muitas pessoas idosas<sup>166</sup>:

Where in the global burden of disease should sorrow rank? Bereavement, separation, loss or betrayal can cruelly undetermined the human spirit. The pain of emotional wounds may last a lifetime. The burdens of sorrow, depression and anxiety, the silent misery of loneliness and rejection, particularly amongst many elderly people, are ignored.

A saúde bucal é abordada no informe, tal como cáries, doenças periodontais e pacientes edentados. A tendência da melhoria da saúde bucal nos países desenvolvidos se apresenta com uma relação contrária nos países não desenvolvidos, por não ser prioridade dos mesmos. Isto reflete diretamente na perda dos dentes, em especial nos idosos, afetando a alimentação e a qualidade de vida, como demonstrado abaixo<sup>167</sup>:

Oral health status, as reflected by the average number of decayed, missing and filled teeth among 12-year old children, is generally improving in the developed world; the developing and the least developed countries, however, showed a deterioration.

---

<sup>166</sup> The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 34.

<sup>167</sup> *Ibidem*, p. 35.

Globally there were about 1.9 billion with periodontal diseases; and 13 million with edentulism. The number of teeth still possessed by elderly people is a crucial factor in whether they can eat properly and hence affects their quality of life, yet oral health is given low priority in many countries.

Uma parte do informe assume importância quando se propõe estudar direitos humanos, mesmo que não de forma clara. A mesma foi intitulada “Da ética médica à ética social”<sup>168</sup>:

Since antiquity, the doctor/patient relationship has been governed by systems of medical ethics drawn from the Hippocratic, Chinese, Indian and other traditions. All held that the patient’s good transcended other considerations. The physician determined what was the patient’s good. Modern codes have added a social dimension, a responsibility for the health – the good – of society and humanity in general, and a concern for justice. Health for all, with its emphasis on social justice, on the equitable allocation of resources and on the responsibility of communities and individuals for their own health, is an expression of this change, and thus represents an ethical as well as a social goal.

Além da ética médica, acrescenta-se uma dimensão social e uma responsabilidade pela saúde da sociedade e da humanidade em geral, uma preocupação

---

<sup>168</sup> The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 45.

com a justiça, representando uma meta social. Nesta parte, identifica-se uma ponte para o direito humano à saúde<sup>169</sup>:

The transformation of medical ethics has been stimulated partly by the progress of medical biotechnology and partly by profound social changes, associated with a recognition of human rights and freedoms, and of individual autonomy. Many medical choices can no longer be made purely on the basis of medical science. The emphasis on the social good has confronted lay individuals, whether policy-makers or patients, with ethical decisions and choices, requiring them to share with or often replace the physician or the scientist in determining what is ethically acceptable and good, to balance the patient's interests with those of society.

Esta transformação da ética médica tem sido estimulada, em parte, pelo progresso da biotecnologia médica e em parte por profundas mudanças sociais, associados com o reconhecimento dos direitos e liberdades humanas e da autonomia individual. Muitas escolhas médicas já não podem ser feitas puramente na base da ciência médica. A ênfase no bem social tem confrontado as decisões políticas ou diretamente ligadas aos pacientes, tornando-se eticamente aceitável e oportuno equilibrar interesses dos pacientes com os da sociedade.

O informe ainda fornece uma visão geral das muitas atividades da OMS no ano de 1994 para apoiar os países na melhoria dos cuidados de saúde, desde o

---

<sup>169</sup>The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 45.

estabelecimento de normas e padrões internacionais para substâncias biológicas, vacinas e produtos farmacêuticos para situações de emergência em saúde<sup>170</sup>.

The present chapter provides an overview of the many activities undertaken by WHO – in 1994 alone – to support countries in the improvement of health care. They range from the establishment of international norms and standards for biological substances, vaccines and pharmaceuticals to direct support in health emergencies.

Observou-se no informe uma abordagem sobre a infraestrutura da saúde nos estados pertencentes à OMS<sup>171</sup>:

Health infrastructure: Coverage, accessibility and quality of care are three basic requirements in health development. Coverage depends on the availability of suitably located facilities where quality care is given to the whole population by well-trained health workers using appropriate technologies. Many problems have been encountered in building up health infrastructures, ranging from lack of clear national policies and leadership, to inadequate resources and bad management.

Cobertura, acessibilidade e qualidade dos cuidados são três requisitos básicos no desenvolvimento da saúde. A cobertura depende da disponibilidade de instalações devidamente posicionadas, onde cuidados de qualidade são dados a toda a população por profissionais de saúde bem treinados, utilizando tecnologias apropriadas. Muitos

---

<sup>170</sup> The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 49.

<sup>171</sup> *Ibidem*, p. 63.

problemas foram encontrados na construção de infraestruturas de saúde, desde a falta de políticas públicas claras e liderança a recursos inadequados e má gestão.

Retomando aos direitos humanos, observa-se no informe o trinômio mulheres-saúde-desenvolvimento, gerando um relatório sobre saúde e direitos humanos das mulheres na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena de 1993. Este grupo vulnerável mereceu ser parte do informe analisado. Uma agenda de ação sobre a saúde das mulheres, abrangendo nutrição, saúde reprodutiva, as consequências da violência na saúde, envelhecimento, condições relacionadas com estilo de vida e do ambiente de trabalho, como se apresenta no parágrafo abaixo<sup>172</sup>:

A major step was taken in the area of women, health and development. In 1993 The Global Commission on Women's Health was established as an advisory body to WHO. It drew up an agenda for action on women's health, covering nutrition, reproductive health, the health consequences of violence, aging, lifestyle-related conditions and the work environment. It has raised awareness among policy-makers of women's health issues and encourages their inclusion in all development plans as a priority. A report on women's health and human rights, drafted for the 1993 World Conference on Human Rights in Vienna, was published. Under the auspices of the commission, a scheme to provide credit and banking facilities to the most vulnerable and disadvantaged is being implemented in Africa.

### **3.2.1.2. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1996 - Combater as doenças, promover o desenvolvimento**

---

<sup>172</sup> The world health report. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 65-66.

*El informe de 1996 se centra en las enfermedades infecciosas - tanto las conocidas desde hace tiempo como las nuevas - que representan conjuntamente la principal causa de muerte prematura a nivel mundial. Tras examinar esas enfermedades por modos de transmisión, el informe hace un llamamiento para que se redoblen los esfuerzos y se aporten recursos adicionales para combatirlas y contribuir así a reducir la pobreza y a fomentar el desarrollo<sup>173</sup>.*

O informe é apresentado em três capítulos: 1) O estado de saúde no mundo; 2) Contribuições da OMS na saúde mundial; 3) Mapeamento do futuro.

Um dos destaques do informe já se observa na mensagem do diretor-geral da OMS<sup>174</sup>:

Infectious diseases are attacking us on multiple fronts. Together they represent the world's leading cause of premature death. At least 17 million people were killed by them last year, including about 9 million young children who died from such preventable causes as diarrhea and pneumonia. Millions more were disabled even though effective measures to prevent them are available.

As doenças infecciosas atacando nas múltiplas frentes se destacam nas causas como diarreias e pneumonias. Já fica claro no início do informe o papel das condições socioeconômicas na causa das doenças e, conseqüentemente, influenciando a saúde no mundo.

---

<sup>173</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 03/10/2015.

<sup>174</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 22/11/2015. p. v.

O trecho abaixo do informe chama a atenção a atualidade do mesmo, sendo referente a uma situação mundial de 20 anos atrás, o que mostra que a OMS através de seu instrumento de divulgação mostrou a necessidade de mudanças e investimentos. No entanto, o panorama permanece extremamente atual<sup>175</sup>:

Major diseases such as malaria and tuberculosis are making a deadly comeback in many parts of the world. In addition to HIV/AIDS, other new and highly infectious diseases such as Ebola haemorrhagic fever are emerging at an unprecedented rate.

Da mesma forma, impressiona a abordagem das observações sobre refugiados há 20 anos atrás, como se esse texto tivesse sido escrito no momento presente<sup>176</sup>. Observando literalmente o texto: “A crise atual é susceptível de piorar antes que melhorar. Movimento interno e internacional de populações, incluindo os refugiados e migrantes, a urbanização desordenada e descontrolada, o desenvolvimento econômico e mudanças nos padrões de uso da terra, bem como na ecologia e do clima, estão criando novas oportunidades para a propagação de infecções”.

Fica claro que os acontecimentos atuais estavam em criação. Mesmo com as advertências textuais, o sistema capitalismo faz sempre opção pela negação do que pode ser inconveniente para o mesmo.

Today’s crisis is likely to get worse before it gets better. Internal and international movement of populations including refugees and migrants, haphazard and uncontrolled urbanization,

---

<sup>175</sup> *Idem.*

<sup>176</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 22/11/2015. p. v, vi.



economic development and changes in patterns of land use as well as in ecology and climate are creating new opportunities for the spread of infections.

O informe faz uma reflexão do otimismo existente nos anos oitenta/noventa sobre a erradicação das principais doenças infecciosas que causaram durante séculos danos mundiais, incluindo a esperança da antibioticoterapia para a solução de problemas de complexidade muito maiores, envolvendo muito mais do que o biológico, mas o social, econômico e ideológico<sup>177</sup>.

Until a relatively few years ago, there was a sense of optimism that the long struggle for control over infectious diseases was almost over. Smallpox was eradicated. Poliomyelitis, guinea-worm disease, leprosy, Chagas disease and neonatal tetanus were targeted for eradication or elimination. Some 8 out of 10 of world's children were immunized against half a dozen killer diseases. Antimicrobial drugs were effectively suppressing countless infections.

O otimismo se transformou numa complacência fatal. Obviamente, este otimismo também foi patrocinado pelo capitalismo. Isso custou milhões de vidas a cada ano, levando a metade da população mundial correr risco de muitas doenças endêmicas<sup>178</sup>:

---

<sup>177</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 22/11/2015. p. 1.

<sup>178</sup> *Idem.*

But cautious optimism has turned into a fatal complacency that is costing millions of lives every year. The struggle for control, far from being over, has reached a critical stage. Infectious diseases remain the world's leading cause of death, accounting for at least 17 million (about 33%) of the 52 million people who die each year. Apart from those 17 million – about 9 million of whom are young children – up to half the world's population of 5.72 billion people are at risk of many endemic diseases.

Numa abordagem sobre doenças novas e ameaças, o informe de 1996 apresenta a dimensão ecológica do ser humano e humanidade como um todo sendo violada e levando, portanto, a doença e desarmonia da dimensão bio-psico-social-eco-espiritual. Estas doenças novas e emergentes, combinadas com a rápida disseminação de patógenos resistentes aos antibióticos e de insetos transmissores de doenças resistentes aos inseticidas, são enormes desafios para a saúde humana. As novas doenças vão desde AIDS a infecções virais pouco conhecidas, mas igualmente letais<sup>179</sup>.

New and emerging diseases combined with the rapid spread of pathogens resistant to antibiotics and of disease-carrying insects resistant to insecticides, are daunting challenges to human health. The new diseases range from AIDS to little-known but equally lethal viral infections.

A re-emergência das doenças infecciosas como um alerta de que o progresso alcançado poderia ser desperdiçado, a menos que as políticas de desenvolvimento

---

<sup>179</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 22/11/2015. p. 1.

eficazes fossem formuladas e pactuadas nacional e internacionalmente, foi apresentada no informe<sup>180</sup>.

However, the that re-emergence of infectious diseases is a warning that progress achieved so far towards global security in the health and prosperity may be wasted unless effective development policies are formulated, and commitments are made to implement them nationally and internationally.

Como obstáculo principal para a diminuição das doenças infecciosas se destaca a pobreza, sendo a mesma o principal fator para o aumento destas doenças<sup>181</sup>:

Poverty is on the increase, so that hundreds of millions of people are bound by their living conditions to the daily hazard of infectious disease. More than one-fifth of the world's population lives in extreme poverty. Almost a third of all children are undernourished. Half the people in the world lack regular access to the most need essential drugs.

A problemática das migrações das populações e a disseminação das doenças foram abordadas no informe<sup>182</sup>.

Migration and infectious diseases: The impact of international on the global spread of infectious diseases is likely to increase as

---

<sup>180</sup> *Ibidem*, p. 2.

<sup>181</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 22/11/2015. p. 3.

<sup>182</sup> *Ibidem*, p. 4.

more people move around the world, faster and over longer distances than before. History shows what can happen. Smallpox and measles were unknown in the Americas before the arrival of the Spanish conquistadors 500 years ago. International anxiety over recent outbreaks of plague in India and Ebola fever in Zaire reflected the deeply rooted perception that foreigners can carry contagious, possibly dangerous diseases. Three-quarters of the world's population live in developing countries. The economic polarization between them and wealthier countries is leading to increased migration, as are internal conflicts. The workforces of many industrialized nations increasingly depend on youthful immigrants from poorer countries. Today approximately 120 million persons live outside their country of birth, and millions move every year in search of better living conditions.

Uma retrospectiva histórica e uma avaliação cunhada na razão faz parecer profecias, quando se analisa a atualidade de um texto de 20 anos atrás, que refletia o panorama de 21 anos passados, dar-nos a impressão que estaríamos lendo um texto de ocorrências de 2015. O que nos permite concluir que, mesmo sendo alertados por evidências, os Estados não se mobilizaram para o enfrentamento e prevenção dos acontecimentos por vir.

Poderíamos num primeiro momento pensar que com relação à saúde e doença este seria um comportamento diferente, mas quando se avalia que estaria envolvido o cumprimento do direito humano à saúde e, portanto, com tantos outros direitos imbricados, a lógica vigente, em especial a do sistema capitalista, vem a colocar a acumulação do capital sempre acima da dignidade humana. No entanto, a OMS cumpriu o seu papel em alertar os Estados membros da mesma.

A comparação do informe com os tempos atuais pode ser facilmente observada no texto da organização “Médicos sem fronteiras”, como vemos no parágrafo abaixo<sup>183</sup>:

Quando os países oferecem abrigo, os refugiados são frequentemente forçados a enfrentar os impactos da vida em meio a acampamentos insalubres. Com uma população de 460 mil pessoas, o campo de refugiados de Dadaab, no Quênia, é reconhecido como o maior do mundo, assim como um dos mais perigosos. Hoje, Dadaab não é mais um refúgio. Na medida em que mais pessoas chegam ali, fugindo da guerra que devasta a Somália, os acampamentos superlotados estão se tornando sua moradia permanente, onde as pessoas enfrentam crises de desnutrição contínuas e surtos de doenças, como o sarampo e a cólera.

A intersecção entre o direito humano à saúde e o direito ambiental e, a consequente violação dos mesmos em conjunto, é apresentada no parágrafo abaixo<sup>184</sup>:

Climate change: impacts on public health. Scientific evidence suggests that trends in global warming and changing patterns of extreme weather conditions seen in the past few decades may herald unprecedented climate change. These processes are brought about by the accumulation of “greenhouse” gases in the atmosphere, due to the massive combustion of fossil fuels, large-

---

<sup>183</sup> REFUGIADOS E DESLOCADOS INTERNOS. Disponível em:< <http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atuacao/refugiados-e-deslocados-internos>>. Acesso em 08/12/2015.

<sup>184</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 08/12/2015. p. 6.

scale deforestation and the rapid expansion of irrigated agriculture and cattle ranching worldwide. This enhanced “greenhouse” effect, combined with increased ultraviolet radiation as a result of stratospheric ozone depletion, may already be affecting human health in many parts of the world.

The various components of global environmental change conspire in the geographical distribution of mosquitos and other carries of such vector-borne diseases as malaria, yellow fever, dengue and schistosomiasis would result from climate change, deforestation and desertification.

However, in most countries with intense urbanization, modern agriculture and industrial development there will be a relatively small risk that vector-borne diseases would recur, as many of the environmental prerequisites for transmission would no longer prevail. The well-developed health care systems in some of these countries are a further safeguard against epidemiological contingencies.

Sudden epidemics of some arboviral zoonoses can occur in extreme weather conditions which are related to climate change and which favour explosive population growth in the animal reservoir species or the vectors. Lyme disease, carried by ticks, is spreading in North America and Europe because of changed land-use patterns and milder winters.

Os dados científicos sugerem as tendências de aquecimento global e mudanças nos padrões de condições meteorológicas extremas, visto que nas últimas décadas se pode anunciar mudanças climáticas sem precedentes. Estes processos são consequentes ao acúmulo de gases "estufa" na atmosfera, devido às enormes quantidades de combustão ou combustíveis fósseis, o desmatamento em grande escala e a rápida expansão da agricultura irrigada e pecuária em todo o mundo. Este reforço do efeito "estufa", combinado com o aumento da radiação ultravioleta, como resultado da

destruição do ozônio estratosférico, já pode estar afetando a saúde humana em muitas partes do mundo.

Os diferentes elementos da mudança ambiental global conspiram com a distribuição geográfica de mosquitos, que por sua vez carregam doenças transmitidas por vetores como a malária, a febre amarela, dengue e esquistossomose resultaria de mudanças climáticas, desmatamento e desertificação.

No entanto, na maioria dos países com intensa urbanização, a agricultura moderna e o desenvolvimento industrial, haverá um risco relativamente pequeno que as doenças transmitidas por vetores, pois muitos dos pré-requisitos ambientais para a transmissão seria deixarem de existir. Os sistemas de cuidados de saúde bem desenvolvidos em alguns desses países são mais uma salvaguarda contra contingências epidemiológicas.

Epidemias súbitas de algumas zoonoses arbovirais podem ocorrer em condições climáticas extremas que estão relacionados com as alterações climáticas e que favorecem o crescimento populacional explosivo nas espécies reservatório animal ou os vetores. Doença de Lyme, transmitida por carrapatos, está se espalhando na América do Norte e na Europa por causa que os padrões de consumo mudaram e os invernos estão mais amenos.

As alterações ambientais influenciando a saúde planetária foram destacadas no informe. Há que se considerar que o mesmo foi redigido após a ECO-92, onde as propostas de salvamento do planeta foram discutidas e pouco implementadas.

Como pensar que o ator principal na questão das mudanças climáticas, os Estados Unidos, aceitasse o papel que lhe cabia - o da maior quota na redução da emissão de poluentes atmosféricos que contribuem para o cenário em que se discutem as mudanças? O governo norte-americano recusava-se a antecipar o final da produção dos gases CFC, principais responsáveis pelo esgarçamento da camada, porque a conversão para outras tecnologias custaria muitas dezenas de bilhões de dólares. E penalizaria principalmente o Pentágono, a quem se atribui quase 40% dos gases. Quando a NASA deixou vaziar a informação de que o buraco na camada se ampliava e fazia crescer o risco de câncer de pele para uma parte da população da costa Leste do próprio Estados Unidos, o governo imediatamente mudou de posição, antecipando o

final para 31 de dezembro de 1994. Mas o diretor da NASA perdeu imediatamente seu emprego. E a indústria química obteve, de imediato, uma compensação que pleiteava: a aferição da concentração de agrotóxicos em alimentos deixa de ser feita na origem, no produto bruto, e passa a ser feita na prateleira, na hora do consumo<sup>185</sup>.

A comunidade científica japonesa afirmou, sem disfarces, que dificilmente o Japão teria como cumprir o objetivo de chegar ao ano 2000 sem ultrapassar o nível de emissão de poluentes atmosféricos atingido em 1990. Porque apesar de enormes esforços, o Japão foi o país que mais aumentou essas emissões nos últimos anos<sup>186</sup>.

Uma terceira resistência se localizava nos países exportadores de petróleo, principalmente árabes. Argumentavam esses países, como primeiro ponto, que a ciência ainda não tem certeza se as mudanças climáticas de fato estão acontecendo ou acontecerão. Como não tem certeza quanto às causas e os próprios formatos que sobreviriam<sup>187</sup>.

Em lugar de transformações profundas nas estruturas de produção - que custariam investimentos fortíssimos aos países industrializados - se estaria tentando minimizar as ameaças de mudanças climáticas à custa dos países mais pobres. Quando, na verdade — como observa o próprio relatório brasileiro para a Conferência, mesmo que se pudesse resolver todos os problemas ambientais do chamado Terceiro Mundo, isso em termos globais não faria diferença significativa<sup>188</sup>.

Também não se poderia deixar de remeter ao “Protocolo de Quioto”. Este constitui um tratado complementar à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima. Criado em 1997, definiu metas de redução de emissões para os países desenvolvidos, responsáveis históricos pela mudança atual do clima. Os países desenvolvidos se comprometeram a reduzir suas emissões totais de gases de efeito

---

<sup>185</sup> NOVAES, Washigton. Eco-92: avanços e interrogações. *Estud. av.*, 6(15): 80, 1992.

<sup>186</sup> *Idem.*

<sup>187</sup> *Ibidem*, p. 80-81.

<sup>188</sup> *Ibidem*, p. 81.



estufa a, no mínimo, 5% abaixo dos níveis de 1990, no período compreendido entre 2008 e 2012 - também chamado de primeiro período de compromisso. Cada país negociou a sua meta de redução ou limitação de emissões sob o Protocolo, em função da sua visão sobre a capacidade de atingi-la no período considerado<sup>189</sup>. Ressalta-se também que os maiores poluidores do planeta, Estados Unidos e China, não assinaram ou não ratificaram o protocolo de Quioto.

Em 2015, o tema é retomado na “Conferência das Nações Unidas sobre a mudança climática” de Paris<sup>190</sup>. Evidente associação e inevitáveis violações foram relatadas, quando se entende o ser humano em toda a sua dimensão e não mais apenas com aspectos biológicos, mas sim como um ser numa dimensão biológica, psíquica, social, cultural, ecológica e espiritual.

O custo de presença destas doenças infecciosas é discutido no informe de 1996. Além de causar milhões de mortes, elas podem reduzir a qualidade de vida de milhões de pessoas, impedindo a educação das crianças, reduzindo a disponibilidade de terras para cultivo e habitat humano, a produtividade e desvio de recursos domésticos disponíveis. Assim, pobreza é perpetuada por gerações<sup>191</sup>.

The cost of infections: Apart from causing many millions of deaths, infectious diseases reduce the quality of life of millions of people, hinder children’s education, reduce land availability for cultivation and human habitat, damage productivity and

---

<sup>189</sup> PROTOCOLO DE QUIOTO. Disponível em:< <http://www.mma.gov.br/clima/convencao-das-nacoes-unidas/protocolo-de-quioto>>. Acesso em 13/02/2016.

<sup>190</sup> CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE A MUDANÇA CLIMÁTICA. Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/cop21/>>. Acesso em 13/02/2016.

<sup>191</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 08/12/2015. p. 7.

divert available household resources. Poverty is thus perpetuated for generations.

A emergência de doenças infecciosas é apresentada, em especial, a cólera na América do Sul e a febre amarela no Quênia<sup>192</sup>. Doenças infecciosas emergentes são aquelas cuja incidência em humanos aumentou nas últimas duas décadas ou que ameaça aumentar no futuro próximo. O termo também se refere a doenças infecciosas recentes ou doenças que estão se espalhando para novas áreas geográficas. Também se refere a doenças que foram facilmente controladas pela quimioterapia e antibióticos, mas que desenvolveram resistência aos antimicrobianos.

Emerging infectious diseases are those whose incidence in humans has increased during the last two decades or which threatens to increase in the near future. The term also refers to newly-appearing infectious diseases, or diseases that are spreading to new geographical areas – such as cholera in South America and yellow fever in Kenya. It refers also to diseases that were easily controlled by chemotherapy and antibiotics, but which have developed antimicrobial resistance.

Além destas, mereceu destaque o surgimento da SIDA e a importância e magnitude da mesma<sup>193</sup>. O exemplo mais dramático de uma nova doença é a SIDA, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A existência do vírus era desconhecida até há 15 anos do informe, mas, desde então, infectando um número estimado de 24 milhões de adultos em todo o mundo, e esse número poderia crescer

---

<sup>192</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 08/12/2015. p. 15.

<sup>193</sup> *Ibidem*, p. 16.

para um total acumulado de 40 milhões até o ano de 2000. As origens do HIV são desconhecidas, mas está relacionada com os vírus que causam a doença semelhante a SIDA em macacos. Microorganismos constantemente sofrem alterações que lhes permitem lidar com um ambiente cada vez mais hostil em seus hospedeiros. Por exemplo, o HIV explora pontos fracos nas defesas do hospedeiro por danificar o sistema imunológico humano, permitindo assim, outras infecções oportunistas.

The most dramatic example of a new disease is AIDS, caused by the human immunodeficiency virus (HIV). The existence of the virus was unknown until 15 years ago, but it has since then infected an estimated 24 million adults worldwide, and that number could grow to a cumulative total of 40 million by the year 2000. The origins of HIV are unknown, but it is related to viruses which cause AIDS-like illness in monkeys. Microorganisms constantly undergo changes that enable them to cope with an increasingly hostile environment in their hosts. For example, HIV exploits weaknesses in the host's defences by damaging the human immune system, thereby allowing other "opportunistic" infections to take advantage.

A resistência medicamentosa antimicrobiana foi abordada no informe. Este é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, levando a um número crescente de doenças infecciosas, virtualmente intratáveis, tanto em hospitais, como na comunidade em geral. Esta resistência está tendo um impacto mortal no controle de doenças como a tuberculose, a malária, cólera, diarreia e pneumonia<sup>194</sup>.

---

<sup>194</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 08/12/2015. p. 18.

Resistance by disease-causing organisms to antimicrobial drugs and other agents is a major public health problem world-wide. It is making a growing number of infectious virtually untreatable, both in hospitals and in the general community. It is having a deadly impact on the control of diseases such as tuberculosis, malaria, cholera, dysentery and pneumonia.

O controle da resistência antimicrobiana é proposto no informe<sup>195</sup>:

Controlling resistance poses a substantial challenge. The use of an increasing array of vaccines to prevent infections rather than risking resistance by treating them will be helpful for some diseases. More appropriate use of drugs by doctors and patients is essential to slow the emergence of resistance. For this reason, WHO is taking several steps to encourage more appropriate use.

Controlar a resistência antimicrobiana já representava um desafio apresentado no informe de 1996. O uso crescente destes medicamentos e de vacinas para prevenir infecções, em vez de correr o risco de resistência, propunha uma efetividade muito maior de controle de algumas doenças. A utilização mais adequada de medicamentos por médicos e paciente é essencial para retardar o aparecimento de resistência, sendo estas medidas incentivadas pela OMS.

As infecções hospitalares são apresentadas como um paradoxo no processo de cura, em cenários que *a priori* foram desenvolvidos para este processo, no caso os hospitais<sup>196</sup>:

---

<sup>195</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 08/12/2015. p. 21.

Hospitals are intended to heal the sick, but they are also sources of infection. Ironically, advances in medicine are partly responsible for the fact that today, hospital infections are a leading cause of death in some parts of the world.

Cabe uma reflexão da real necessidade na maioria das vezes da internação dos pacientes em unidades hospitalares e até que ponto estas internações são indicadas por protocolos ou influenciadas por ganhos econômicos institucionais ou profissionais.

Não poderíamos deixar de apresentar que o informe aborda um grande problema de saúde pública mundial que é a Hanseníase<sup>197</sup>. Apresentava uma meta para eliminação desta doença até o ano 2000, o que não aconteceu. Nos dias atuais, a maior prevalência no mundo desta doença se encontra na Índia, seguida pelo Brasil.

Today most persons with leprosy 1.26 million – are in South-East Asia. There are 220.000 people with leprosy in both Africa and the Americas, 70000 in the Western Pacific, 60000 in the Eastern Mediterranean and 6000 in Europe.

O informe coloca que as doenças infecciosas são a principal causa de morte no mundo, matando pelo menos 17 milhões de pessoas por ano. A maioria dessas mortes seria evitável, no entanto, a luta para controlá-las, tornou-se uma crise global<sup>198</sup>.

---

<sup>196</sup> *Ibidem*, p. 28.

<sup>197</sup> The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 08/12/2015. p. 29.

<sup>198</sup> *Ibidem*, p. 1.

Infectious diseases are the world's leading cause of death, killing at least 17 million people a year. Most of these deaths are preventable – but instead, the struggle to control infectious diseases has become a global crisis.

### **3.2.1.3. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1997 - Vencer o sofrimento, enriquecer a humanidade**

El informe de 1997 está dedicado principalmente a las enfermedades no transmisibles, que, combinadas con las enfermedades infecciosas, imponen a los países en desarrollo una doble carga de morbilidad. Las enfermedades no transmisibles se están propagando rápidamente entre las poblaciones más pobres. El informe apuesta por una actuación integrada y global que tenga en cuenta todos los determinantes de la mala salud<sup>199</sup>.

O informe se inicia lembrando as lições trazidas pelo fato de que milhões de pessoas morrem por ano devido a várias doenças infecciosas e, somando as mesmas, centenas de milhões são afetadas por estas condições<sup>200</sup>.

The lessons of AIDS, tuberculosis, malaria, cholera and Escherichia coli food-poisoning outbreaks must not be forgotten. In addition to the many millions of people a year who

---

<sup>199</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.

<sup>200</sup> *Ibidem*, p. v.

are killed by infectious diseases, hundreds of millions of others are afflicted by them.

Realça o grande aumento da expectativa de vida, combinado com profundas mudanças nos estilos de vida, estão levando a epidemias globais de câncer e outras doenças crônicas. O número de casos de câncer é esperado dobrar em países em desenvolvimento durante os próximos 25 anos, e não é provável que ocorra um aumento semelhante em casos de diabetes. O resultado será um enorme aumento do sofrimento humano e incapacidades. Além dos muitos milhões que morrem prematuramente por estas doenças a cada ano, centenas de milhões de pessoas enfrentarão muitos anos de incapacidade crônica e sofrimento, com profundas consequências socioeconômicas<sup>201</sup>.

Dramatic increased in life expectancy, combined with profound changes in lifestyles, are leading to global epidemics of cancer and other chronic diseases. For instance, the number of cases of cancer is expected to at least double in developing countries during the next 25 years, and there is likely to be a similar rise in cases of diabetes. The result will be a huge increase in human suffering and disability. In addition to the many millions dying prematurely from these diseases each year, hundreds of millions of people will face many years of chronic disability and suffering, with profound socioeconomic consequences. Already, chronic diseases kill more than 24 million people a year – equal to almost half of all deaths worldwide.

---

<sup>201</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 1.

Expectativa de saúde, apresentada neste informe, pode ser definida como a expectativa de vida com boa saúde, e equivale ao número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver em um estado favorável. É muito importante perceber que o aumento da longevidade tem um preço se não houver mudanças. Enquanto o ideal pode ser o de levar uma vida saudável física e mentalmente na velhice, a cada ano muitos milhões morrem prematuramente ou estão incapacitados por doenças e condições, que na grande maioria poderiam ser evitadas. A longevidade pode ser mais uma pena que um prêmio. Uma grande parte do preço a ser pago é a doença crônica<sup>202</sup>:

Health expectancy can be defined as life expectancy in good health, and amounts to the average number of years that an individual can expect to live in such a favourable state. For all of us who look forward to a longer life than that of our predecessors, it is vital to realize that increased longevity does not come free. While the ideal vision for every-one may be to lead a physically and mentally healthy life well into old age, every year many millions die prematurely or are disabled by diseases and conditions that are to a large extent preventable. Longer life can be a penalty as well as a prize. A large part of the price to be paid is in the currency of chronic disease.

O informe de 1997 apresentou que no mundo todo, as doenças crônicas eram responsáveis por quase metade dos 52 milhões ou mais de mortes que ocorriam a cada ano. Entre os adultos, as principais causas de morte eram as doenças do aparelho circulatório, incluindo doença cardíaca e acidente vascular cerebral, que mataram mais de 15 milhões de pessoas. O câncer matou mais de 6 milhões; doença pulmonar

---

<sup>202</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 1.



obstrutiva crônica quase 3 milhões. Todos impondo pesados fardos de incapacidade, custo social e perdas econômicas<sup>203</sup>.

Globally, chronic diseases are responsible for almost half of the 52 million or so deaths that occur every year. Among adults, the leading causes are circulatory diseases, including heart disease and stroke, which kill more than 15 million people. Cancer kills more than 6 million; chronic obstructive pulmonary disease almost 3 million. All impose heavy burdens of disability, social cost and economic loss.

Apresentou-se também que os pesquisadores da saúde muitas vezes referiram-se à situação denominada "transição epidemiológica", na qual observa-se uma mudança de padrão de saúde em que os países pobres herdaram os problemas dos países ricos, incluindo não apenas a doença, mas também os efeitos nocivos do tabaco, álcool, uso de drogas, suicídio e violência<sup>204</sup>.

Health researchers often refer to this situation as the “epidemiological transition” – the changing pattern of health in which poor countries inherit the problems of rich, including not merely illness but also the harmful effects to tobacco, alcohol and drug use, and of injuries, suicide and violence.

---

<sup>203</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 2.

<sup>204</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 2.

Cada vez mais, a saúde é influenciada por circunstâncias sociais e econômicas sobre os quais o indivíduo tem pouco controle e sobre o qual os seguimentos de saúde convencionais também têm pouca influência. Como resultado, muitos países estão experimentando não apenas uma transição epidemiológica, mas uma "polarização epidemiológica" - um fosso cada vez maior em termos de saúde entre ricos e pobres<sup>205</sup>.

Increasingly, health is influenced by social and economic circumstances over which the individual has little control and over which the conventional health sector also has little sway. As a result, many countries are now experiencing not merely an epidemiological transition, but an “epidemiological polarization” – a widening gap in health terms between rich and poor.

No informe é colocado uma questão fundamental: as prioridades globais de saúde que enfatizam doenças infecciosas irão beneficiar os pobres muito mais do que os ricos. Deslocando significativamente as prioridades das doenças infecciosas para as doenças crônicas beneficiaria mais os ricos à custa dos pobres, e ampliaria ainda mais as lacunas atualmente existentes entre os mesmos. Isso entraria em conflito direto com os objetivos de equidade em saúde. O objetivo é alcançar a saúde adequada para todos, em vez de simplesmente contemplar melhorias para aqueles, cuja saúde já é adequada<sup>206</sup>:

These facts raise a fundamental issue: global health priorities which emphasize infectious diseases will benefit the poor much more than the rich. Shifting priorities significantly away from

---

<sup>205</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 2.

<sup>206</sup> *Ibidem*, p. 2.

infectious diseases towards chronic diseases would benefit the rich at the expense of the poor, and further widen the gaps that currently exist between them. This would be in direct conflict with the goals of equity in health. The aim is to achieve adequate health for all, rather than simply to achieve still better health for those whose health is already adequate.

Quaisquer melhorias na saúde demandam uma ação global integrada abordando todos os determinantes da saúde-doença. A separação em doenças não infecciosas e infecciosas cria uma falsa divisão. Cada vez mais é difícil estabelecer uma fronteira clara entre elas. O informe exemplifica que várias formas de câncer estão ligadas a agentes infecciosos, e as doenças infecciosas também desempenham um papel em algumas doenças cardiovasculares, como a febre reumática. Fica claro que talvez o mais importante seja o reconhecimento de que a saúde física e mental está inter-relacionada, tendo a doença física, frequentemente sérias consequências psicológicas<sup>207</sup>.

Any further improvements in health thus demand integrated, comprehensive action addressing all the determinants of ill-health.

Indeed, separating infectious and noninfectious diseases creates something of a false division. It is becoming more and more difficult to establish a firm borderline between them. For example, several forms of cancer are known to be linked to infectious agents, and infectious also play a role in some cardiovascular diseases – rheumatic heart disease, for instance.

---

<sup>207</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 2, 3.

Perhaps more important is the recognition that physical and mental health are interrelated. Physical illness frequently has serious psychological consequences.

O informe apresenta a necessidade de se reconhecer as diferenças para abordagem com relação a doenças infecciosas e doenças crônicas. A história da medicina e da saúde pública mostra que as doenças infecciosas podem ser curadas - eliminação ou destruição do agente infeccioso, e a doença ser erradicada. A erradicação da varíola é o maior exemplo, mas muitas outras doenças infecciosas estão constantemente sendo erradicadas, entre elas a poliomielite e a hanseníase. Isso não poderia ser alcançado sem uma forte participação da comunidade - as campanhas de vacinação, por exemplo, não podendo ter êxito sem o apoio ativo da comunidade<sup>208</sup>:

One crucial and controversial difference between infectious and chronic diseases needs to be recognized. The history of medicine and public health shows that infectious diseases can be cured – eliminate or destroy the infectious agent, and the disease is defeated. The eradication of smallpox is the supreme example, but many other infectious diseases are steadily being defeated, among them poliomyelitis and leprosy. This could not be achieved without strong community participation – immunization campaigns, for example, cannot succeed without active community support.

Os projetos de prática social, como descritos nos elementos do diamante ético, seriam fundamentais na eliminação destas doenças.

---

<sup>208</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 3.

Apresentou-se que as doenças crônicas devem ser abordadas de forma completamente diferente. Com poucas exceções, até então, não são fáceis de curar. São menos abertas à ação direta da comunidade, não são transmitidas de pessoa para pessoa. Todos os casos de doença crônica representam um encargo que incide sobre um indivíduo que, dependendo das circunstâncias, pode ou não ter acesso a tratamento ou apoio<sup>209</sup>.

Chronic diseases, however, are another matter. With a few exceptions, they have not so far lent themselves so easily to cure. They are less open to direct community action. They do not spread from person to person. Every case of chronic disease represents a burden borne by one individual who, depending on circumstances, may or may not have access to treatment or support.

O desenvolvimento destas doenças crônicas é raramente, ou nunca, devido a uma única causa. A vulnerabilidade para elas pode ser herdada - uma área que geneticistas começaram a explorar. Além disso, estilos de vida e fatores ambientais são conhecidos por aumentar os riscos - fatores como tabagismo, consumo excessivo de álcool, dieta e atividade física inadequadas. Mas há outros, como os efeitos da pobreza; saúde materna e reprodutiva inadequada; desnutrição na infância; predisposição genética; poluição ambiental; e condições de trabalho perigosas ou formas estressantes vida pouco saudável e, ao longo da qual o indivíduo sozinho tem pouco controle<sup>210</sup>.

---

<sup>209</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 3.

<sup>210</sup> *Ibidem*, p. 4.

The development of these diseases is seldom, if ever, due to one single cause. Vulnerability to them may be inherited – an area which geneticists have only begun to explore, but undoubtedly of great importance. In addition, many life-style and environmental factors are known to increase the risks – factors such as smoking, heavy alcohol consumption, inappropriate diet, and inadequate physical activity. These are at least to some extent within the control of the well-informed individual. But there are others, such as the effects of poverty; poor reproductive and maternal health; undernutrition in infancy and childhood; genetic predisposition; environmental pollution; and unhealthy living and dangerous or stressful working conditions, over which the individual alone has little control.

A ascensão de doenças crônicas não é simplesmente uma questão de idade, apesar de envelhecimento natural desempenhar um papel fundamental, ou de predisposição genética. Atualmente, a mortalidade prematura e incapacidade por doenças crônicas são mais comuns do que em épocas anteriores. A tendência também é um reflexo da maneira como nossas vidas estão mudando em resposta a um mundo em mudança. Por exemplo, o rápido surgimento de classes médias, em muitos países em desenvolvimento trouxe consigo mudanças alimentares e comportamentais pouco saudáveis<sup>211</sup>.

The ascendancy of chronic diseases is not simply a question of age, although natural ageing plays a fundamental role, or of genetic predisposition. Today, premature mortality and disability from chronic diseases are more common than in

---

<sup>211</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 4.

previous times. The trend is also a reflection of the way our lives are changing in response to a changing world. For instance, the rapid emergence of middle classes in many developing countries has brought with it unhealthy dietary and behavioural changes.

Segundo o informe, as mortes relacionadas ao tabagismo, principalmente por câncer de pulmão e doenças cardíacas, já somavam 3 milhões por ano, ou seja, 6% do total de mortes. Outros tipos de câncer também estão ligados ao tabagismo. Os pesquisadores estimaram que durante os anos 90, 30 milhões de pessoas morreram pelo fumo, mais da metade delas na meia-idade. Enquanto no passado, a maioria destas mortes foi observada em países industrializados, há tendências ameaçadoras no mundo em desenvolvimento passarem a ser destacadas, onde se estimou em cerca de 800 milhões de pessoas fumantes, e esse número com tendência a aumentar<sup>212</sup>.

Tobacco-related deaths – primarily from lung cancer and heart disease – already amount to 3 million a year, or 6% of total deaths. Other cancers are also linked to smoking. Researchers estimate that during the 1990s, 30 million people will have been killed by smoking, more than half of them while in middle age. While in the past most of these deaths have been in industrialized countries, there are ominous trends in the developing world, where there are estimated to be about 800 million people who smoke, and that number is increasing.

Cabe uma reflexão da produção industrial do tabaco com objetivo de aumentar sua lucratividade, ampliando sua abrangência no mercado. Enquanto os países ricos

---

<sup>212</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 4.

investiam em alertar a população para os malefícios do tabaco para a saúde individual e coletiva, os países pobres ignoravam a ocorrência, com uma ausência de políticas públicas de prevenção destas morbidades.

As principais doenças relacionadas ao trabalho incluem doenças cardiovasculares, câncer, doenças osteomusculares e reprodutiva e distúrbios psicológicos. Acidentes de trabalho por si só afetam mais de 120 milhões de pessoas e causam pelo menos 200.000 mortes por ano. Até 350 substâncias diferentes foram identificadas como cancerígenas ocupacionais. Foi apresentado que na Europa Ocidental, cerca de 16 milhões de pessoas estavam expostas a agentes cancerígenos durante o trabalho<sup>213</sup>.

Major work-related illnesses include cardiovascular diseases, cancer, musculoskeletal disorders, and reproductive and psychological disorders. Occupational injuries alone affect more than 120 million persons and cause at least 200000 deaths a year. Up to 350 different substances have been identified as occupational carcinogens. In Western Europe alone, some 16 million people are exposed to carcinogenic agents at work.

A interação entre os fatores acima descritos é complexa e gradualmente estão sendo investigadas e compreendidas. Assim também são a interação entre uma doença crônica e outra, e os componentes genéticos que predis põem alguns indivíduos a desenvolver determinadas doenças ou oferecer proteção contra elas<sup>214</sup>.

---

<sup>213</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 4, 5.

<sup>214</sup> *Ibidem*, p. 5.



The interplay of these and other factors is complex and is only gradually being investigated and understood. So too are the interaction between one chronic disease and another, and the genetic components that either predispose some individuals to certain diseases or offer protection against them.

Nas várias faixas etárias que apresentam as doenças crônicas, existem oportunidades para prevenção ou tratamento, para promoção de comportamentos saudáveis, para a cura ou para o cuidado. Grandes esforços também foram feitos, e continuam a ser feitos nestes domínios, em atacar os fatores de risco, na promoção da saúde como um componente das políticas públicas sociais e na proteção do ambiente através do controle de poluição<sup>215</sup>.

At every stage, opportunities exist for prevention or treatment, for promoting healthy behaviour, for cure or for care. Major efforts have also been made, and continue to be made, in these fields, in attacking risk factors, in promoting health as a component of social policies, and in protecting the environment through pollution control.

As tendências globais no sentido da democratização continuaram durante o ano 1996. Muitos países realizaram eleições populares para escolher seus governantes. Estas eleições lançaram as bases para uma maior participação das pessoas na construção de

---

<sup>215</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 5.

suas nações, decidir sobre as prioridades de desenvolvimento, moldar o estilo de governança e determinar seus graus de transparência e prestação de contas<sup>216</sup>.

The global trends towards democratization continued unabated during 1996. Many countries carried out popular elections, considered to be reasonably free and fair, to choose their governments. These elections laid the foundations for increased participation of people in building their nations, deciding on development priorities, shaping the style of governance and determining its degrees of transparency and accountability.

A democracia liberal deu a bilhões de pessoas o direito de expressar suas opiniões livremente e abertamente. Graças aos meios de comunicação modernos, houve a difusão rápida e ampla de informações sobre muitas das questões que são fundamentais para o desenvolvimento humano. Infelizmente, muitas nações e estados onde as diferenças nítidas entre grupos étnicos e religiosos foram postas de lado na busca do desenvolvimento econômico, passando a experimentar rixas amargas que levaram a novas divisões sociais. Mapas políticos estão sendo redesenhados como numerosos grupos étnicos e políticos emergindo, fazendo reivindicações e dividindo novos territórios. O aumento do número de Estados-Membros da OMS a partir de 170 em 1991 para 190 em 1996 reflete, em parte, esse fenômeno<sup>217</sup>.

Liberal democracy has given billions of people the right to express their opinions freely and openly. Thanks to modern communication media, there has been rapid and wide diffusion

---

<sup>216</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/12/2015. p. 6.

<sup>217</sup> *Idem.*

of information on many of the issues that are fundamental to human development.

Unfortunately many nations and states where sharp differences among ethnic and religious groups were set aside in the pursuit of economic development, now experience bitter feuds that lead to new social divisions. Political maps are being redrawn as numerous ethnic and political groups emerge, make claims and parcel out new territories. The increase in the number of Member States of WHO from 170 in 1991 to 190 in 1996 partly reflects this phenomenon.

Uma série de conflitos e ameaças à paz local tornou-se conhecido internacionalmente devido à comunicação de mídia global quase imediata. O fluxo de armas para muitas dessas áreas atingidas pela violência civil tem vindo a aumentar, e as principais vítimas são civis, principalmente mulheres e crianças<sup>218</sup>.

A number of local conflicts and threats to peace became internationally known owing to almost immediate global media communication. The flow of arms to many of these areas afflicted by civil violence has been increasing, and major victims have been civilians, primarily women and children.

A OMS, em colaboração com a UNHCR (*United Nations High Commissioner for Refugees*) e a UNICEF, bem como outras organizações não-governamentais nacionais e internacionais, desenvolve atividades para conter e controlar epidemias durante emergências complexas e os movimentos populacionais em massa, através da

---

<sup>218</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 21/12/2015. p. 6, 7.

detecção precoce e resposta rápida, usando sistemas de vigilância adaptados aos grupos populacionais em causa e situações locais, tendo em conta a necessidade de reforçar a capacidade local<sup>219</sup>.

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha tem vindo a apostar no desenvolvimento de capacidade em "cirurgia de guerra" através de seminários de formação e transmissão da sua experiência para mais amplos círculos médicos e de saúde, através de publicações e vídeos. Muitos dos refugiados apresentam sofrimento mental como resultado de problemas e dificuldades encontradas antes, durante ou após o voo a partir de suas regiões de origem. Em cada fase dessas viagens, medidas específicas foram tomadas para diminuir o risco de problemas de saúde - como a organização de programas que lidam com o trauma da violência política<sup>220</sup>.

WHO, in collaboration with UNHCR and UNICEF and other national and international nongovernmental organizations, undertakes activities to contain and control epidemics during complex emergencies and mass population movements, through early detection and timely response using surveillance systems adapted to the population groups concerned and local situations, bearing in mind the need to strengthen local capability. The International Committee of the Red Cross has been focusing on developing capability in “war surgery” through training seminars and transmitting its experience to wider medical and health circles through publications and videos. Many of the refugees suffer mental distress as a result of problems and difficulties encountered before, during or after the flight from their home regions. At each stage of these journeys, specific steps – such as organizing programmes dealing with the trauma

---

<sup>219</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 21/12/2015. p. 7.

<sup>220</sup> *Idem.*

of political violence – have been taken to lessen their risk of ill-health.

Muito interessante abordado no informe, são os acordos comerciais administrados pela OMC; vários destes, com implicações para o setor da saúde, em especial às relativas a suas normas. Visando garantir os regulamentos nacionais de saúde e segurança não constituem uma forma disfarçada de protecionismo, tais como acordos sobre barreiras técnicas ao comércio e às medidas sanitárias e fitossanitárias, encorajando os países a utilizar as normas de qualidade e segurança internacionalmente aceitas. Eles abrangem itens relacionados com a saúde como medicamentos, expansão do comércio internacional de serviços. A UNCTAD e a OMS, em 1996, lançaram em conjunto um projeto sobre o comércio internacional de serviços de saúde. Após uma análise e estudos de casos globais, o plano se propôs examinar os problemas e as oportunidades que os países em desenvolvimento enfrentam no comércio de serviços de saúde, bem como os benefícios sociais associados e desvantagens, como base para o fortalecimento da capacidade dos países em desenvolvimento maximizar os benefícios líquidos<sup>221</sup>.

Among the many individual trade agreements that WTO administers, several have implications for the health sector, particularly those regarding standards. Aimed at ensuring that national health and safety regulations are not used as a disguised form of protectionism, the agreements on technical barriers to trade and on sanitary and phytosanitary measures encourage countries to use internationally agreed quality and safety standards. They cover such health-related items as pharmaceuticals expansion of international trade in services,

---

<sup>221</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 21/12/2015. p. 9.

UNCTAD and WHO in 1996 jointly launched a project on international trade in health services. Following a global analysis and case studies, the plan is to examine the problems and opportunities that developing countries face in the sector of trade in health services, as well as associated social advantages and disadvantages, as a basis for strengthening the capacity of developing countries to maximize net benefits.

O sucesso nesses esforços representaria ironicamente grandes desafios para o controle das "doenças da afluência", tais como as doenças crônicas e debilitantes. Mesmo com pequenas melhorias nos padrões de vida, as pessoas ficam expostas a um estilo de vida e comportamento, como o consumo de alimentos ricos em gordura, álcool e tabaco, uma vida mais sedentária e atividade física inadequada. Vários estudos demonstraram que não só a pobreza, mas também as afluências podem conduzir a uma ampla variedade de causas de morte, doença e incapacidade<sup>222</sup>.

Success in these efforts would ironically pose great challenges for the control of “disease of affluence” such as chronic and debilitating diseases. For, with even small improvements in living standards, people become exposed to a lifestyle and behaviour such as consumption of high-fat foods, alcohol and tobacco, a more sedentary life and inadequate physical activity. Several studies have shown that not only poverty but also affluence can lead to a wide variety of causes of death, disease and disability.

---

<sup>222</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 10.

O contexto para o desenvolvimento educacional na década de 90 foi profundamente afetado pelas mudanças na ordem política e econômica mundial. Estas alterações incluíram o surgimento de novos governos democráticos, a contínua globalização da economia mundial, a expansão do setor de serviços e a rapidez das novas tecnologias de informação e comunicação, exigindo novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Cerca de 103 milhões de crianças com idade entre 6 e 11 precisavam de um lugar na escola fundamental nas regiões em desenvolvimento durante a década de 90<sup>223</sup>.

A “Declaração Mundial de Educação para Todos” adotada em março 1990, alargou o âmbito da educação básica para incluir o desenvolvimento da primeira infância, educação primária, a aprendizagem não-formal (incluindo alfabetização e habilidades para a vida) para jovens e adultos, e aprendizagem transmitida através dos meios de comunicação e ação social. A apreciação global para o período 1990-1995 indicou que houve um progresso definitivo na educação básica. Os programas de desenvolvimento da primeira infância, que integram componentes de educação, saúde e nutrição são uma área de rápido crescimento do ensino básico atingindo mais de 56 milhões de crianças nas regiões em desenvolvimento, ou seja, cerca de um em cada cinco na faixa etária de 3 a 6 anos<sup>224</sup>.

The context for educational development in the 1990s has been profoundly affected by recent changes in the world political and economic order. These changes include the emergence of new democratic governments, the continuing globalization of the world economy, expansion of the service sector and the rapidity of new information and communication technologies – all of which call for new knowledge, skills and attitudes. About 103 million children aged 6-11 need a place in primary school in the

---

<sup>223</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 11.

<sup>224</sup> *Idem*.

developing regions during 1990s. The World Declaration of Education for All adopted in march 1990 broadened the scope of basic education to include early childhood development, primary education, nonformal learning (including literacy and life skills) for youth and adults, and learning conveyed through the media and social action. A global assessment for the period 1990-1995 indicated that there has been definite progress in basic education. Programmes for early childhood development which integrate education, health and nutrition components are a fast-growing area of basic education reaching more than 56 million children in the developing regions, i.e. about one out of five in the 3-6 year age group.

A educação desempenha um papel fundamental na luta contra problemas de saúde, especialmente quando se inclui "habilidades para a vida" relacionada a questões centrais da vida diária, tais como saúde, higiene, nutrição, meio ambiente e direitos civis. Desenvolvimentos positivos, como os descritos acima e os progressos para "educação para todos", fazem prever melhorias futuras para o controle de doenças e redução do sofrimento no futuro<sup>225</sup>.

Education plays a key role in tackling ill-health, particularly when it includes "life skills" related to central issues of daily life, such as health, hygiene, nutrition, the environment and civil rights. Positive developments such as those outlined above and progress towards "education for all", though not spectacular, augur well for the control of diseases and reduction of suffering in the future.

---

<sup>225</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 12.



O informe ainda aborda com uma análise pertinente para a tese em questão, temas como meio ambiente, habitação e falta de moradia, segurança alimentar e nutrição, a expectativa de vida e mortalidade.

Habitação de pessoas pobres (*Housing-poverty*) contribui significativamente para os problemas de saúde. O termo é utilizado para descrever famílias que carecem de abrigo seguro, água encanada, saneamento adequado e drenagem. Estima-se que um bilhão de famílias rurais não possuem abastecimento de água e várias centenas de milhões de pessoas dependem de latrinas simples<sup>226</sup>.

Housing-poverty contributes significantly to ill-health. The term describes households that lack safe shelter, piped water and adequate sanitation and drainage. An estimated 1 billion rural households lack water supplies. Several hundred million people rely on simple latrines.

A fome persiste num patamar em que a produção global de alimentos poderia atender às necessidades de cada pessoa no planeta. Ausência de fome e desnutrição, são essenciais para o gozo do mais alto nível possível de saúde, fazendo parte dos direitos fundamentais dos seres humanos<sup>227</sup>.

Hunger persists at a time when global food production could meet the needs of every person on the planet. Freedom from hunger and malnutrition, essential to the enjoyment of the

---

<sup>226</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 12.

<sup>227</sup> *Ibidem*, p. 13.

highest attainable standard of health, is among the fundamental rights of human beings.

A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco de vida associados ao aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas, como doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças musculoesqueléticas crônicas e respiratórias. Essas doenças são, em muitos casos, evitáveis<sup>228</sup>.

Obesity, overweight, is a lifestyle risk factor associated with increased morbidity and mortality from chronic diseases such as circulatory diseases, cancer, diabetes and chronic musculoskeletal and respiratory diseases. In many cases these diseases are preventable.

Com relação à expectativa de vida o informe de 1996 apresentou que ao nascer para ambos os sexos continuou a melhorar globalmente, atingindo um valor global de 65 anos em 1996 (63 para homens e 67 mulheres). Em 50 países, foi inferior a 60 anos para ambos os sexos. Em 53 países, o valor foi inferior a 60 para os homens e em 48, foi menos do que 60 para as mulheres<sup>229</sup>.

Life expectancy at birth for both sexes continued to improve globally, reaching a global value of 65 years by 1996 (63 for men and 67 women). In 50 countries, it was under 60 years for

---

<sup>228</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 14.

<sup>229</sup> *Idem*.

both sexes. In 53 countries, the value was less than 60 for men and in 48, it was less than 60 for women.

Dos 40 milhões de mortes no mundo em desenvolvimento, em 1996, mais de 17 milhões foram devidos a doenças infecciosas e parasitárias, com cerca de 10 milhões por doenças circulatórias, 4 milhões por cânceres e 2 milhões devido a doenças respiratórias. Embora cerca de 65% dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, 60% das mortes de câncer e mais de 65% das mortes por doenças respiratórias ocorrem em países em desenvolvimento, as condições para a morte mais importantes nestes países permanecem as doenças infecciosas e parasitárias. Estudos recentes indicam que estas doenças continuam a predominar, e distinguir a situação de saúde nos países pobres comparando-se com ricos. No entanto, doenças crônicas, como as mencionadas acima, estão surgindo como principais causas de morte prematura e incapacidade no mundo em desenvolvimento, respondendo por quase 40% de todas as mortes<sup>230</sup>.

Of the 40 million deaths in the developing world in 1996 more than 17 million were due to infectious and parasitic diseases, with about 10 million due to circulatory diseases, 4 million to cancers and 2 million to respiratory diseases. Even though about 65% of deaths due to circulatory diseases, 60% of deaths to cancers and more than 65% of deaths due to respiratory diseases occur in developing countries, the most important killer conditions in these countries as a group remain infectious and parasitic diseases. Recent studies indicate that these diseases continue to predominate among the disadvantage, and distinguish the health situation in poor countries from that of the rich. However, chronic diseases such as those mentioned above are emerging as major causes of premature death and disability

---

<sup>230</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 20.

in the developing world, accounting for almost 40% of all deaths.

A contínua queda na taxa de mortalidade humana tem consequências importantes. Não só o aumento da expectativa de vida e a proporção da população atingindo idades avançadas em muitos países (especialmente desenvolvidos), mas também está modificando o estado médio de saúde das populações. Em particular, a crescente prevalência de doenças crônicas e incapacidades, que melhor reflete esta alteração na relação entre mortalidade e morbidade, chamou a atenção para a crescente tensão entre a duração da vida de um lado e da qualidade de vida dos anos extras que se viveu<sup>231</sup>.

The continuing decline in the human mortality rate has important consequences. Not only is it increasing life expectancy and the proportion of the population reaching advanced ages in many (especially developed) countries, but it is also modifying the average state of health of populations. In particular, the growing prevalence of chronic diseases and disabilities – which best reflects this change in the relation between mortality and morbidity – has focused attention on the increasing tension between the length of life on the one hand and the quality of the extra years lived on the other.

O principal foco do relatório é sobre as doenças crônicas, problemas como a violência, homicídios, suicídios, acidentes e lesões, e seu impacto sobre ambos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os encargos de doenças graves, como doenças do aparelho circulatório, câncer e alguns transtornos mentais são susceptíveis de aumentar

---

<sup>231</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 20,21

drasticamente em todo o mundo, em grande parte porque o aumento da expectativa de vida vai torná-los mais comum. Embora as doenças infecciosas constituam uma ameaça relativamente menor para a saúde no mundo industrializado, elas continuarão a ser coletivamente as principais causas de morte e doença em muitos países em desenvolvimento para o futuro previsível<sup>232</sup>.

The main focus of this report is on noncommunicable, chronic diseases and disorders, and on such problems as violence, homicides, suicides, accidents and injuries, and their impact on both developing and developed countries. The burdens of major diseases such as circulatory diseases, cancer and some mental disorders are likely to increase dramatically worldwide, largely because lengthening life spans will make them more common. While infectious diseases pose a relatively minor threat to health in the industrialized world, they will continue collectively to be leading causes of death and illness in many developing countries for foreseeable future.

Não poderíamos deixar de apresentar a abordagem do informe sobre a questão de gênero como um importante determinante de saúde. O conceito de gênero foi utilizado pela primeira vez na década de 70 para descrever as características dos homens e mulheres que são socialmente construídos, em contraste com aqueles que são biologicamente determinados.

Essencialmente, a distinção entre sexo e gênero tem como objetivo enfatizar que tudo o que mulheres e os homens fazem, e tudo o que deles se espera, com exceção de suas funções biológicas distintas (para mulheres, gravidez, parto e aleitamento), podendo mudar e mudam ao longo do tempo, e de acordo com a mudança e fatores

---

<sup>232</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 73.

sociais e culturais variados. Mas em praticamente todas as culturas o papel das mulheres está subordinado aos homens. As pessoas nascem do sexo feminino ou masculino, mas aprendem a ser meninas e meninos, que crescem mulheres e homens. Eles são ensinados o comportamento e as atitudes apropriadas, funções e atividades, e como devem se relacionar com outras pessoas. Este comportamento aprendido é o que possibilita identificar gênero e determina os papéis de gênero<sup>233</sup>.

A abordagem de gênero para a saúde vai além de descrever as mulheres e saúde das mulheres isoladamente, mas traz a análise de como os diferentes papéis sociais, poder e acesso aos recursos entre homens e mulheres na tomada de decisão podem afetar o estado de saúde e acesso aos cuidados de saúde. Examinando estas diferenças pode se determinar, por exemplo, o diferencial de exposição ao risco, o acesso aos benefícios da tecnologia, informação e serviços, e a capacidade de proteção a doenças e problemas de saúde. A fim de satisfazer as necessidades especiais das mulheres e remover as desigualdades, as atividades da OMS para melhorar a saúde das mulheres incluem: estabelecimento de normas e padrões, diretrizes e política de desenvolvimento, a prestação de apoio técnico e de pesquisa. Intensificar os esforços poderá direcionar a defesa para a saúde e abordagens sensíveis ao gênero das mulheres, à entrega e desenvolvimento de ferramentas práticas para alcançar estes cuidados de saúde; promoção da saúde e prevenção de problemas de saúde das mulheres; tornar os sistemas de saúde mais sensível às necessidades das mulheres; as políticas destinadas a melhorar a igualdade de gênero; e assegurar a participação das mulheres na concepção, implementação e monitoramento de políticas de saúde e programas, da OMS e dos países<sup>234</sup>.

The gender concept was first used in the 1970s to describe those characteristics of men and women which are socially constructed, in contrast to those which are biologically

---

<sup>233</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 83.

<sup>234</sup> *Idem.*

determined. Essentially, the distinction between sex and gender aims to emphasize that everything women and men do, and everything expected of them, with the exception of their distinct biological functions (for women, pregnancy, childbirth and breast-feeding) can and does change over time, and according to changing and varied social and cultural factors. But in practically all cultures the role of women is subordinate to that of men. People are born female or male, but learn to be girls and boys who grow into women and men. They are taught what the appropriate behaviour and attitudes, roles and activities are for them, and how they should relate to other people. This learned behaviour is what makes up gender identity and determines gender roles. A gender approach to health moves beyond describing women and women's health in isolation, but rather brings into the analysis how the different social roles, decision-making power and access to resources between women and men affect their health status and their access to health care. It examines how these differences determine, for example, differential exposure to risk, access to the benefits of technology, information and services, and the ability to protect oneself from disease and ill-health. In order to meet the special needs of women and remove inequities, WHO's activities to improve women's health include setting norms and standards, developing guidelines and policy, the provision of technical support, and research. Increased efforts will be directed towards: advocacy for women's health and gender-sensitive approaches to health care delivery and development of practical tools to achieve this; promotion of women's health and prevention of ill-health; making health systems more responsive to women's needs; policies for improving gender equality; and ensuring the participation of women in the design, implementation and monitoring of health policies and programmes, in WHO and in countries.

Promoção e proteção à saúde cobrem uma ampla gama de ações: desde a promoção de estilos de vida saudáveis individuais e mudanças comportamentais para gestão do risco para a saúde humana por parte dos governos, das comunidades e do setor privado. A OMS estimula a adoção de estilos de vida saudáveis, centrando-se na promoção da saúde, capacitação de comunidades e desenho de estratégias de mídia para a saúde<sup>235</sup>.

Promotion and protection of health cover a wide range of actions: from promotion of individual healthy lifestyles and human behavioural changes to management of risk to human health by governments, communities and private sector.

WHO encourages the adoption of healthy lifestyles by focusing on advocacy for health, empowerment of communities and design of media strategies for health.

O informe propõe que OMS enfoque as causas subjacentes da desigualdade, vulnerabilidade e falta de saúde, em especial no que afetam as mulheres e outros grupos vulneráveis. A orientação da OMS para a elaboração de políticas públicas enfatiza a ética, legislação e direitos humanos. Garantir a coordenação com as organizações do sistema das Nações Unidas e com organismos intergovernamentais ajuda a integrar os aspectos da saúde nas políticas públicas de desenvolvimento. As organizações não governamentais são encorajadas a participar plenamente nas atividades da OMS<sup>236</sup>.

WHO focuses on the underlying causes of inequality, vulnerability and ill-health, in particular as they affect women

---

<sup>235</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 90.

<sup>236</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 98.



and other disadvantaged groups. WHO's guidance for policy-making emphasizes ethics, legislation and human rights. Ensuring coordination with organizations of the United Nations system and with intergovernmental bodies helps to integrate health aspects into development policies. Nongovernmental organizations are encouraged to participate fully in WHO's activities.

O informe de 1997 apresenta estar em curso em colaboração com a UNCTAD, o projeto sobre o comércio de serviços de saúde, com finalidade de examinar as dificuldades que os países em desenvolvimento enfrentam nesse domínio e as aberturas que pode oferecer<sup>237</sup>.

Currently under way in collaboration with UNCTAD, the project on trade in health services is examining the difficulties that developing countries face in that domain and the openings it can offer.

O aumento da expectativa de vida oferece o potencial para uma melhor expectativa de saúde, mas para realizar esse potencial só pode ser alcançado se os caminhos estiverem claramente definidos. Em termos de controle das doenças crônicas não transmissíveis, isto significa definição de prioridades realistas para a ação internacional<sup>238</sup>.

---

<sup>237</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 101.

<sup>238</sup> *Ibidem*, p. 129.

Increasing life expectancy provides the potential for better health expectancy, but steps towards fulfilling that potential can only be taken if the pathways are clearly marked. In terms of controlling chronic noncommunicable diseases, this means defining realistic priorities for international action.

O informe apresenta as seguintes conclusões com relação as áreas prioritárias para a ação internacional em saúde<sup>239</sup>: 1. A integração das intervenções específicas de doenças na saúde física e mental, no controle de doenças crônicas abrangentes, que incorpore prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e melhoria da formação dos profissionais de saúde. 2. Aplicação de Fuller, ou seja, métodos existentes rentáveis de detecção e gerenciamento de doenças, incluindo melhoria de rastreios, tendo em conta a diversidade genética dos indivíduos. 3. Campanha global para incentivar estilos de vida saudáveis, com ênfase no desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes em relação aos fatores de risco, tais como dieta, exercícios e tabagismo. 4. Políticas públicas de saúde, incluindo o financiamento sustentável e da legislação em matéria de preços e de tributação em apoio de programas de prevenção de doenças. 5. Aceleração da investigação de novos medicamentos e vacinas e sobre os determinantes genéticos de doenças crônicas. 6. Alívio da dor, redução do sofrimento e da prestação de cuidados paliativos para aqueles que não podem ser curadas.

Conclusion - Priority areas for international action in health should be: 1. Integration of disease-specific interventions in both physical and mental health into a comprehensive chronic disease control package that incorporates prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, and improved training of health professionals. 2. Fuller application of existing, cost-effective methods of disease detection and management, including

---

<sup>239</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 23/12/2015. p. 136.

improved screening, taking into account the genetic diversity of individuals. 3. A major intensified but sustained global campaign to encourage healthy lifestyles, with an emphasis on the healthy development of children and adolescents in relation to risk factors such as diet, exercise and smoking. 4. Healthy public policies, including sustainable financing and legislation on pricing and taxation in support of diseases prevention programmes. 5. Acceleration of research into new drugs and vaccines, and into genetic determinants of chronic diseases. 6. Alleviation of pain, reduction of suffering and provision of palliative care for those who cannot be cured.

#### **3.2.1.4. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1998 - A vida no século XXI**

Coincidiendo con el cincuentenario de la OMS, el informe de 1998 hace un repaso de las tendencias sanitarias registradas durante los cinco decenios anteriores y las enseñanzas extraídas durante ese periodo e incluye previsiones sobre la evolución, hasta el año 2025, de la esperanza de vida, las condiciones sanitarias y los instrumentos para mejorarlas<sup>240</sup>.

No informe de 1998, observa-se uma diferença dos demais, pois não se restringe a discorrer sobre acontecimentos do ano que o antecede. Ele traça um panorama sobre os cinquenta anos de criação da OMS.

O informe começa com uma mensagem otimista ressaltando o controle das doenças infecciosas, no entanto, mostra o fato de que mesmo com o aumento da

---

<sup>240</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<  
[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.

expectativa de vida, 75% das pessoas em países menos desenvolvidos morrem antes dos 50 anos. As principais doenças infecciosas, como poliomielite, hanseníase, dracunculose, doença de Chagas e oncocercose, estão constantemente sendo derrotadas. Houve avanços no desenvolvimento de vacinas e medicamentos e, inúmeras outras inovações na investigação, diagnóstico e tratamento da doença, na redução da deficiência e na reabilitação<sup>241</sup>.

Tragicamente, no entanto, enquanto a expectativa média de vida aumentou ao longo do século XX, 3 em cada 4 pessoas nos países menos desenvolvidos morrem antes da idade de 50, como se apresentava a expectativa de vida mundial de meio século atrás. Em 1997, 21 milhões de mortes - 2 em cada 5 no mundo todo - estarão entre os menores de 50 anos, incluindo 10 milhões de crianças pequenas que nunca vão ver o seu quinto aniversário, embora a maioria das crianças em todo o mundo esteja imunizada contra as principais causas de morte na infância. A redução dessas mortes prematuras é um dos maiores desafios da humanidade no alvorecer do século XXI<sup>242</sup>.

Major infectious diseases, such as poliomyelitis, leprosy, guinea-worm disease, Chagas disease and river blindness, are steadily being defeated. There have been spectacular advances in the development of vaccines and medicines, and countless other innovations in the investigation, diagnosis and treatment of illness, in the reduction of disability and in rehabilitation. Tragically, however, while average life expectancy has been increasing throughout the 20th century, 3 out of 4 people in the least developed countries today are dying before the age of 50 – the global life expectancy figure of half a century ago. This year, 21 million deaths – 2 out of every 5 worldwide – will be among the under-50s, including 10 million small children who will never see their fifth birthday though most children worldwide

---

<sup>241</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 24/12/2015. p. v, vi.

<sup>242</sup> *Idem.*

are now immunized against major childhood killers. Over 7 million will be men and women in what should be some of the best and most productive years of their lives. Reducing these premature deaths is one of the greatest challenges facing humanity at the dawn of the 21st century.

Em todo o mundo, a maioria das mortes prematuras são evitáveis. Pelo menos 2 milhões de crianças morrem por ano de doenças para as quais existem vacinas. O relatório dá indícios de que as mortes prematuras entre adultos, também, podem ser significativamente reduzidas. As mortes por doenças cardíacas têm sido reduzidas em muitos países que estão experimentando uma transição de alta incidência de doenças circulatórias à baixa incidência, principalmente devido à adoção de estilos de vida mais saudáveis. É imperativo que mudanças propiciem novas reduções na incidência dessas doenças, devendo ser mantida e, se possível aceleradas<sup>243</sup>.

Worldwide, the majority of premature deaths are preventable. At least 2 million children a year die from diseases for which there are vaccines. The report gives encouraging evidence that premature deaths among adults, too, can be significantly reduced. Deaths from heart disease have been dramatically reduced in many countries which are experiencing a transition from high incidence of circulatory diseases to low incidence, mainly due to the adoption of healthier lifestyles. It is imperative that such a favourable shift, conducive to further reductions in the incidence of these diseases, should be sustained and if possible accelerated.

No momento da redação do informe, os autores do mesmo estavam esperançosos com relação ao futuro da saúde no século XXI. Naquele momento, para a OMS, o

---

<sup>243</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 24/12/2015. p. vi.

século XXI oferecia uma visão melhor de saúde para todos, mantendo a perspectiva não apenas de uma vida mais longa, mas com qualidade de vida superior, com menos deficiência e doença. À medida que surgem novas abordagens no milênio, a população mundial poderia ter uma perspectiva mais saudável<sup>244</sup>.

The 21st century offers a bright vision of better health for all. It holds the prospect not merely of longer life, but superior quality of life, with less disability and disease. As the new millennium approaches, the global population has never had a healthier outlook.

Este relatório fornece as últimas avaliações dos especialistas sobre a situação da saúde global, utilizando-se como base projeções das tendências de saúde para o ano 2025. Examinando toda o tempo da vida humana, e os dados coletados nos últimos 50 anos, apresenta a saúde dos lactentes e das crianças, adolescentes e adultos, idosos e "idosos mais velhos", identificando as áreas prioritárias para a ação em cada faixa etária. À saúde da mulher é dada uma ênfase especial. O futuro da saúde humana no século XXI depende em grande parte como lidar com o compromisso de investir na saúde das mulheres no mundo atual. Sua saúde determinará em grande parte a saúde de seus filhos, que serão os adultos do amanhã<sup>245</sup>.

This report provides the latest expert assessment of the global health situation, and uses that as a basis for projecting health trends to the year 2025. Examining the entire human life span, and sifting data gathered in the past 50 years, it studies the wellbeing of infants and children, adolescents and adults, older people and the "oldest old", and identifies priority areas for action in each age group. Women's health is given special

---

<sup>244</sup>The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 24/12/2015. p. vi.

<sup>245</sup> *Ibidem*, p. 1.

emphasis. The future of human health in the 21st century depends a great deal on a commitment to investing in the health of women in the world today. Their health largely determines the health of their children, who are the adults of tomorrow.

As tendências demográficas, que têm profundas implicações para a saúde humana em todas as faixas etárias, seguem as muitas mudanças positivas que ocorreram nos últimos 50 anos que antecederam o informe de 1998. Um maior número de pessoas tem pelo menos acesso aos cuidados mínimos de saúde, abastecimento de água potável e instalações sanitárias. A maioria das crianças do mundo está agora imunizada contra as seis principais doenças da infância - o sarampo, poliomielite, tuberculose, difteria, coqueluche e tétano neonatal<sup>246</sup>.

These demographic trends, which have profound implications for human health in all age groups, follow on the many positive changes that have occurred in the past 50 years. More people than ever before now have access to at least minimum health care, safe water supplies and sanitation facilities. Most of the world's children are now immunized against the six major diseases of childhood – measles, poliomyelitis, tuberculosis, diphtheria, pertussis and neonatal tetanus.

Como abordado nos informes que o precederam, o informe de 1998 apresenta para o século XXI as ações de promoção de saúde e prevenções de doenças que terão que ser travadas simultaneamente em duas frentes principais: doenças infecciosas e doenças crônicas, não transmissíveis. Muitos países em desenvolvimento estarão sob maior ataque de ambos, como doenças cardíacas, câncer e diabetes e outras condições poderão se tornar mais prevalentes, enquanto doenças infecciosas permanecerão

---

<sup>246</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p. 2.

prevalentes. Desse último grupo, infecções pelo HIV e SIDA continuarão a ser a ameaça mais mortal<sup>247</sup>.

The war against ill-health in the 21st century will have to be fought simultaneously on two main fronts: infectious diseases and chronic, noncommunicable diseases. Many developing countries will come under greater attack from both, as heart disease, cancer and diabetes and other “lifestyle” conditions become more prevalent, while infectious illnesses remain undefeated. Of this latter group, HIV/AIDS will continue to be the deadliest menace.

As violações dos direitos de gênero, retomadas no informe de 1998, serão apresentadas com muito mais detalhe no informe de 2005<sup>248</sup>. A saúde das mulheres está intimamente ligada ao seu *status* na sociedade em que vive. Beneficia-se de igualdade, e ao mesmo tempo sofre de discriminação. Hoje, o *status* e bem-estar de incontáveis milhões de mulheres em todo o mundo continuam tragicamente baixos. Como resultado, o bem-estar humano em geral sofre, e as perspectivas para as gerações futuras são piores. Em muitas partes do mundo, a discriminação contra as mulheres começa antes do nascimento e permanece até a morte. Ao longo da história, bebês do sexo feminino foram indesejados em algumas sociedades e estão em desvantagem desde o momento do nascimento. Hoje, às meninas e às mulheres ainda são negadas os mesmos direitos e privilégios que os seus irmãos, em casa, no trabalho, na sala de aula ou das clínicas médicas. Elas sofrem mais de pobreza, baixo *status* social e os muitos perigos

---

<sup>247</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p. 2.

<sup>248</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2005 -¡Cada madre y cada niño contarán! Disponível em:< [http://www.who.int/whr/2005/02\\_contents\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/02_contents_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015.



associados com seu papel reprodutivo. Como resultado, elas carregam um fardo injusto de desvantagem e sofrimento, muitas vezes ao longo de toda as suas vidas<sup>249</sup>.

Women's health is inextricably linked to their status in society. It benefits from equality, and suffers from discrimination. Today, the status and well-being of countless millions of women worldwide remain tragically low. As a result, human well-being in general suffers, and the prospects for future generations are dimmer.

In many parts of the world, discrimination against women begins before they are born and stays with them until they die. Throughout history, female babies have been unwanted in some societies and are at a disadvantage from the moment of birth. Today, girls and women are still denied the same rights and privileges as their brothers, at home, at work, in the classroom or the clinic. They suffer more from poverty, low social status and the many hazards associated with their reproductive role. As a result, they bear an unfair burden of disadvantage and suffering, often throughout their lives.

No início do informe é abordado os cinquenta anos da OMS, desde um relato histórico de suas origens<sup>250</sup>. Saúde pública além das fronteiras nacionais foi considerada, em 1851, em uma conferência sanitária internacional realizada em Paris. Cinco dos 12 países participantes assinaram uma convenção internacional, no qual foi anexado um texto dos regulamentos sanitários internacionais. Após uma sucessão de conferências internacionais, 12 Estados assinaram o Acordo de Roma em 1907, que previa a criação em Paris de um escritório internacional de higiene pública (Office International d'Hygiène Publique – OIHP).

---

<sup>249</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p. 6.

<sup>250</sup> *Ibidem*, p. 9.

Quando a Liga das Nações foi formada, havia uma proposta para transformar o OIHP no órgão de saúde da Liga, mas isso nunca aconteceu. A Organização de Saúde da Liga das Nações existia independentemente em Genebra.

Em 1945, uma conferência das Nações Unidas foi realizada em San Francisco para considerar a possibilidade de criação de uma organização internacional de saúde. A saúde de todos os povos foi considerada fundamental para a concretização da paz e da segurança mundial. Em 1946, uma comissão técnica preparatória foi instituída, compreendendo não representantes dos Estados, mas especialistas selecionados com base na sua competência técnica. Esta comissão propôs o nome de "Organização Mundial da Saúde".

Public health beyond national borders was considered in 1851 at an international sanitary conference held in Paris. Five of the 12 participating countries signed an international sanitary convention to which was annexed the text of international sanitary regulations. After a succession of international sanitary conferences, 12 States signed the Rome Agreement in 1907, which provided for the setting up in Paris of an international office of public hygiene (Office International d'Hygiène Publique – OIHP).

When the League of Nations was formed, there was a proposal to transform the OIHP into the health organ of the League, but this never happened. The Health Organization of the League of Nations thus existed independently in Geneva.

In 1945, a United Nations conference was held in San Francisco to consider the possibility of setting up an international health organization. The health of all peoples was considered to be fundamental to the attainment of peace and security in the world. In 1946, a preparatory technical commission was instituted, comprising not representatives of States but experts selected on the basis of their technical competence. This commission proposed the name "World Health Organization".

No dia 7 de abril de 1948, a constituição foi aceita pelo número necessário de Estados-Membros da Organização das Nações Unidas. Havia 48 membros na abertura da primeira Assembleia Mundial da Saúde e 55 quando fechou um mês após. Posteriormente um maior número de membros ingressou na Organização, elevando o total para 191 em 1 de janeiro de 1998<sup>251</sup>.

On 7 April 1948, the Constitution was accepted by the required number of Member States of the United Nations (26). There were 48 Members by the opening of the First World Health Assembly and 55 when it closed a month later. Many more Members subsequently joined the Organization, bringing the total to 191 as of 1 January 1998.

A descentralização das atividades foi um dos problemas mais difíceis enfrentados na Primeira Assembleia Mundial da Saúde, tendo que decidir quantas regiões deveriam ser criadas. Seis regiões da OMS (África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste da Ásia, Pacífico Ocidental) foram estabelecidas<sup>252</sup>.

The decentralization of activities was one of the most tricky problems facing the First World Health Assembly, which had to decide how many regions should be created.

Finally the six WHO regions (Africa, the Americas, Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia, Western Pacific) were established.

Os métodos de trabalho da OMS, que foram estabelecidos desde os anos iniciais, são geralmente os mesmos usados até os dias atuais. Para atender a um pedido de um país, o diretor regional consulta as autoridades nacionais para determinar a forma de

---

<sup>251</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p. 10.

<sup>252</sup> *Ibidem*, p. 11, 12.

assistência internacional que poderá se fornecer. Com base nos pedidos recebidos, o programa regional é planejado, analisando os vários projetos no que respeita a sua conformidade com as diretrizes de política e sua adequação para inclusão em um plano coordenado de desenvolvimento para a região e o país em questão<sup>253</sup>.

The working methods of WHO which were established in the early years are generally still in use today. To meet a request from a country, the regional director would consult with the national authorities to determine the form of international assistance to be supplied. On the basis of the requests received, the regional programme was planned, examining the various projects with regard to their conformity with policy guidelines and their suitability for inclusion in a coordinated plan of development for the region and country in question.

Reuniões técnicas e científicas foram usadas para dar direção técnica às políticas e programas da OMS, bem como reunir e trocar informações, sugerir linhas gerais de investigação coordenada, e treinar os envolvidos direta ou indiretamente com a área da saúde em geral e a medicina. Painéis consultivos de peritos e comitês têm sido um meio útil e eficaz de assegurar a informação técnica e orientação para os programas da OMS<sup>254</sup>.

Technical and scientific meetings were used to give authoritative technical direction to the policies and programmes of WHO, to pool and exchange information, to suggest reoutlines of coordinated research, and to train those concerned directly or indirectly with international health and medicine. Expert advisory panels and committees have been a useful and

---

<sup>253</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p. 12.

<sup>254</sup> *Ibidem*, p. 12, 14.

effective means of securing technical information and guidance for WHO's programmes.

Segundo relato do informe, o corpo técnico da OMS é fundamentalmente formado muito mais por membros com formação técnica, do que política, o que talvez possibilite visualizar um texto mais comprometido com a saúde na sua amplitude das múltiplas dimensões do que voltado para um serviço ao sistema capitalista, como se vê em muitas publicações científicas, que são claramente influenciadas pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

Considerando-se que o primeiro diretor-geral da OMS, Dr. Marcolino Gomes Candau, supervisionou a criação da nova Organização, o mesmo foi eleito em 1953 e serviu a OMS até 1973, deixando sua marca na aplicação e extensão dos princípios enunciados na Constituição para situações prevalentes na vida real em todo o mundo<sup>255</sup>.

Whereas WHO's first Director-General had overseen the establishment of the new Organization, Dr Marcolino Gomes Candau, who was elected in 1953 and served until 1973, made his mark in the application and extension of the principles enunciated in the Constitution to the real-life situations prevailing worldwide.

Um marco no desenvolvimento da política de saúde foi a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, ocorrida em 1978 em Alma-Ata, com a participação de delegações de 134 governos e de representantes de organizações do sistema da ONU, outras agências e ONGs. A Conferência declarou que o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas no mundo era inaceitável e pediu uma nova abordagem aos cuidados de saúde para diminuir o fosso entre os "have" e "have-nots", para conseguir uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde, e para atingir um nível de saúde para todos os cidadãos do mundo que lhes permitissem levar uma vida

---

<sup>255</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 14.

social e economicamente produtiva. A conferência afirmou ainda que a abordagem dos cuidados primários seria essencial para um nível aceitável de saúde em todo o mundo, reconhecendo que isso poderia ser alcançado através de uma ampla e melhor utilização dos recursos<sup>256</sup>.

A landmark in the development of health policy was the International Conference on Primary Health Care which took place in 1978 in Alma-Ata, attended by delegations from 134 governments and by representatives of UN system organizations, other agencies and NGOs. The Conference declared that the health status of hundreds of millions of people in the world was unacceptable and called for a new approach to health and health care to shrink the gap between the “haves” and “havenots”, to achieve a more equitable distribution of health resources, and to attain a level of health for all the citizens of the world that would permit them to lead a socially and economically productive life. The Conference further affirmed that the primary health care approach was essential to an acceptable level of health throughout the world and acknowledged that this could be attained through a fuller and better use of the world’s resources.

O período 1985-1990 foi caracterizado por dramáticas mudanças nas situações econômicas e políticas. No lado positivo, houve um movimento generalizado no sentido da democratização dos sistemas políticos e uma maior participação das pessoas na determinação do seu próprio futuro. Direitos humanos, equidade e justiça social tornaram cada vez mais preocupações básicas no processo de tomada de decisão política. A expressão dos direitos individuais e étnicos, no entanto, levou ao aumento da violência, conflitos locais em alguns países, como o Afeganistão<sup>257</sup>:

---

<sup>256</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 16.

<sup>257</sup> *Ibidem*, p 18.

The period 1985-1990 was characterized by dramatic changes in both the political and the economic situations. On the positive side, there was a widespread move towards democratization of political systems and greater participation of people in determining their own future. Human rights, equity and social justice increasingly became basic concerns in the political decision-making process. The expression of individual and ethnic rights, however, led to increased violence and local conflicts and strife in some countries such as Afghanistan.

O informe aborda, como no do ano anterior, a experiência da transição epidemiológica, com o envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas em adição a permanência de doenças infecciosas endêmicas e a pandemia por HIV/SIDA, além dos acidentes e suicídios em jovens. Todas estas realidades tiveram que ser levadas em conta na implementação de ações de saúde pública orientadas para alcançar a meta de saúde para todos através de cuidados de saúde primários<sup>258</sup>.

At the same time, the developing countries were experiencing an epidemiological transition, with rapid ageing of the population together with an increasing incidence of noncommunicable diseases linked to changes in lifestyle. The growing prevalence of cancer, cardiovascular disease, diabetes and other chronic conditions in addition to the longstanding problems of communicable diseases such as cholera, malaria and tuberculosis imposed a double burden on health care systems in these countries. There were also worrying trends in mortality from accidents and suicide in young adults, particularly in the developed countries. In addition, the pandemic of HIV infection and AIDS imposed a particularly heavy new burden on

---

<sup>258</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 18.

developing countries. All these realities had to be taken into account in implementing public health action geared to achieving the goal of health for all through primary health care.

A eleição do Dr. Hiroshi Nakajima como Diretor-Geral da OMS, em 1988, veio em um momento de turbulência política e econômica global sem precedentes desde o final da Segunda Guerra Mundial. Conflitos civis locais e armados, tornou-se mais difundidos, tendo a OMS cada vez mais que participar em atividades de emergência humanitária, e envolvimento nas questões de direitos humanos<sup>259</sup>.

The election of Dr. Hiroshi Nakajima as Director-General of WHO in 1988 came at a time of global political and economic upheaval unprecedented since the end of the Second World War. Local civil strife and armed conflict became more widespread, drawing WHO increasingly into participation in humanitarian emergency activities, and involvement in issues of human rights.

Um destaque especial foi dado com relação a saúde e direitos humanos<sup>260</sup>. A Constituição da OMS estabelece que "O gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, política, econômica ou social". Em duas ocasiões distintas, em 1970 e 1977, a Assembleia Mundial da Saúde proclamou que "a saúde é um direito humano", e a mesma afirmação foi feita pela "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", realizada em 1978 em Alma-Ata sob a articulação da OMS e UNICEF. O 50º aniversário da entrada em vigor da Constituição da OMS coincide com o 50º aniversário da adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem-estar está consagrado no artigo 25 da Declaração. O informe coloca que os dois aniversários seriam comemorados de uma maneira integrada combinada, em 1998,

---

<sup>259</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 18.

<sup>260</sup> *Ibidem*, p 19.



pela OMS, e que "a saúde como um direito humano" como um dos 10 temas a serem enfatizados durante os eventos do 50º aniversário da OMS.

A força-tarefa sobre “Saúde no Desenvolvimento”, estabelecidos segundo uma resolução aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde, em 1992, foi mandatada para recomendar medidas adequadas para a proteção da saúde básica como um direito humano e, em consulta com todos os parceiros em causa, de dar início a um processo de educação e formação de consenso para assegurar que o estado de saúde, protegida no processo de desenvolvimento. A OMS identifica os direitos humanos e o domínio estreitamente relacionado de ética, como os mais abrangentes princípios que devem ser tidos em conta em todos os programas e atividades da OMS relevantes. Passos já estão sendo tomados para intensificar o papel da OMS no setor de direitos humanos, em conjunto com seus muitos parceiros governamentais e não governamentais. Esta abordagem recém-revigorada pela OMS para o campo dos direitos humanos deverá permitir que a organização possa dar um claro reconhecimento a um ponto raramente citado do preâmbulo da constituição, que proclama que "A saúde de todos os povos é fundamental para a concretização da paz e segurança"<sup>261</sup>.

WHO's Constitution states that “The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political, economic or social condition”. On two separate occasions, in 1970 and 1977, the World Health Assembly has proclaimed that “health is a human right”, and the same affirmation was made by the International Conference on Primary Health Care, held in 1978 in Alma-Ata under the joint auspices of WHO and UNICEF. The 50th anniversary of the entry into force of WHO's Constitution coincides with the 50th anniversary of the adoption of the Universal Declaration of Human Rights. The right to a standard of living adequate for

---

<sup>261</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 19.

health and well-being is enshrined in Article 25 of the Declaration. It is fitting that the two anniversaries will be commemorated in a combined, integrated manner in 1998 by WHO, and that “health as a human right” is one of the 10 themes to be emphasized during WHO’s 50th anniversary events. The Task Force on Health in Development, established pursuant to a resolution adopted by the World Health Assembly in 1992, was mandated to recommend appropriate arrangements for the protection of basic health as a human right and, in consultation with all partners concerned, to initiate a process of education and consensus-building to ensure that health status is protected in the development process. WHO identifies human rights and the closely related domain of ethics as over-arching principles that should be taken into account in all relevant WHO programmes and activities. Steps are now being taken to intensify WHO’s role in the human rights sector, in conjunction with its many governmental and nongovernmental partners. This newly invigorated approach by WHO to the field of human rights should enable the Organization to give clear recognition to an infrequently cited paragraph of the Preamble to the Constitution, which proclaims that “The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security”.

A OMS tem uma orientação quanto a direitos humanos, mas fica claro um conceito universalista. Até então, o apresentado neste informe, não se observa na instituição um conceito crítico de direitos humanos.

Na sequência, o informe aborda os indicadores de saúde<sup>262</sup>. Em vista das principais limitações impostas pela falta de medidas adequadas que possam capturar o significado de saúde, tal como definido na constituição da OMS (“A saúde é um estado

---

<sup>262</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 39.

de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"), esta avaliação das tendências de saúde utiliza indicadores convencionais, tais como expectativa de vida, mortalidade e morbidade. Apresenta que esforços estão em andamento para desenvolvimento de indicadores de saúde como expectativa de saúde e suas variantes, mas coloca que os problemas de padronização de definições e possibilidade de comparação dos valores derivados ainda inibem seu uso para avaliação das tendências nesta fase. A "Estratégia Global para a Saúde para Todos no Ano 2000" (HFA2000) estabelece as seguintes metas orientadoras: expectativa de vida ao nascimento superior a 60 anos; taxa de mortalidade infantil abaixo de 50 por 1000 nascidos vivos; taxa de mortalidade de menores de 5 anos abaixo de 70 por 1000 nascidos vivos.

In view of major limitations imposed by the lack of suitable measurements that can capture the meaning of health as defined in the WHO Constitution ("Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity") this assessment of health trends uses conventional indicators such as life expectancy, mortality and morbidity. Efforts are under way, however, to develop indicators of positive health such as health expectancy and its variants, but problems of standardization of definitions and comparability of values derived inhibit their usage for trend assessment at this stage. The Global Strategy for Health for All by the Year 2000 (HFA2000) set the following guiding targets: - life expectancy at birth above 60 years; - infant mortality rate below 50 per 1000 live births; - under-5 mortality rate below 70 per 1000 live births.

Este capítulo do informe analisa as tendências e desenvolvimentos na área da saúde em todo o ciclo de vida, lidando com quatro faixas etárias específicas - bebês e crianças pequenas; crianças mais velhas e adolescentes; adultos de até 65 anos de idade; e pessoas mais velhas, com um foco especial na saúde da mulher. Na medição das tendências dos últimos 50 anos, a razão para tanto os sucessos, quanto para os fracassos

tem que ser entendida a fim de se alcançar novos progressos e eliminação das grandes disparidades que persistem entre países e dentro deles<sup>263</sup>.

This chapter looks at trends and developments in health throughout the life span, dealing with four specific age groups – infants and small children; older children and adolescents; adults up to the age of 65; and older people, with a special focus on women's health. In measuring the trends of the past 50 years, the reasons for both success and failure have to be understood in order to achieve further progress and to eliminate the gross disparities that persist between and within countries.

Três dimensões do desenvolvimento da saúde precisam ser levadas em conta: os padrões epidemiológicos de doenças e deficiências, incluindo as interações de doenças e deficiências e os níveis de mortalidade; a infraestrutura social, econômica e de saúde; e as estratégias prioritárias e adequação das medidas tomadas para correção das causas preveníveis e tratáveis de morte e doença na infância<sup>264</sup>.

Three dimensions of health development need to be taken into account: the epidemiological patterns of disease and deficiencies – including the interactions of diseases and deficiencies and the mortality levels; the social, economic and health infrastructure; and the priority strategies and adequacy of the actions taken to address the preventable and treatable causes of death and illness in infancy and childhood.

As condições de vida das famílias, a prevalência e os modos de transmissão de agentes de doenças infecciosas e do estado nutricional da criança estão entre os mais

---

<sup>263</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 61.

<sup>264</sup> *Idem.*

fortes determinantes imediatos que estabelecem os diferentes níveis de taxas de mortalidade de menores de 5 em todo o mundo. Melhoria substancial em pelo menos um, mas de preferência de todos os três destes elementos, é necessária de modo a se efetuar uma redução global significativa nas taxas<sup>265</sup>.

The living conditions of families, the prevalence and modes of transmission of infectious disease agents and the nutritional status of the child are among the strongest immediate determinants that set the different levels of under-5 mortality rates around the world. Substantial improvement in at least one, but preferably all three of these elements is required in order to effect a significant overall decline in the rates.

A queda no número de mortes entre os menores de 5 anos nos países desenvolvidos, desde o final de 1940, é atribuída principalmente a melhorias no saneamento, abastecimento de água, habitação, abastecimento e distribuição de alimentos e higiene geral. Doenças da infância, tais como difteria, escarlatina, e cardiopatia reumática estavam em declínio constante, bem antes que vacinas e antibióticos tornassem amplamente disponíveis<sup>266</sup>.

The decline in deaths among the under-5s in the developed countries since the late 1940s is largely attributable to improvements in sanitation, water supply, housing, food supply and distribution and general hygiene. Childhood diseases such as diphtheria, scarlet fever, and rheumatic heart disease were in steady decline well before vaccines and antibiotics became widely available.

---

<sup>265</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/12/2015. p 61.

<sup>266</sup>*Idem.*

A maioria dessas mortes nos menores de 5 anos poderiam ser evitadas e as condições tratadas com os recursos de todos os países. O maior impacto positivo na mortalidade infantil resulta na combinação de imunização, a melhoria da saúde materna, planejamento familiar, e melhoraria da nutrição, intervenções que afetam o estado nutricional e evitam ou fornecem tratamento eficaz para as doenças infecciosas comuns da infância<sup>267</sup>.

The tragedy is that most of these deaths in the under-5s could be prevented and the conditions treated within the resources of most, although not all, countries. The greatest positive impact on child mortality results from a combination of immunization, improved maternal health, family planning, and improved nutrition – interventions that affect nutritional status and prevent or provide effective treatment for the common infectious diseases of childhood.

O informe aborda o novo comportamento das doenças em países desenvolvidos e não desenvolvidos, bem como nos intermediários<sup>268</sup>. As doenças infecciosas comuns da infância estão sob controle por meio de uma combinação de promoção da saúde, prevenção e regimes de tratamento padrão simplificados. Mas, ao mesmo tempo, o crescimento saudável e o desenvolvimento de muitas crianças estão ameaçados por mudanças sociais, culturais e econômicas muito rápidas. A nova morbidade emergente é principalmente de natureza psicossocial com uma taxa de mortalidade muito baixa, com exceção do suicídio. É de importância crescente em todo o mundo: muito comum no mundo desenvolvido, e não rara no em desenvolvimento. Uma abordagem mais refinada para problemas de doença é extremamente necessária, uma vez que a prevenção e os cuidados devem se adaptar a este processo interagindo. Globalmente, a nova morbidade

---

<sup>267</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p 62.

<sup>268</sup> *Ibidem*, p 71.

está fortemente associada com problemas comportamentais e, portanto, muito mais difíceis de se evitar que as doenças conhecidas há séculos. Países em um estado intermediário de desenvolvimento socioeconômico estão acumulando as morbidades clássicas e novas, enfrentando grandes dificuldades no cuidado dos doentes.

The common infectious diseases of childhood are coming under control through a combination of health promotion, prevention and simplified standard treatment regimens. But at the same time, the healthy growth and development of many children is threatened by very rapid, often disruptive social, cultural and economic changes. The emerging *new morbidity* is mainly of a psychosocial nature with a very low mortality rate, except from suicide. It is of increasing importance worldwide: very common in the developed world, and not rare in the developing one. A more refined approach to disease problems is badly needed, since prevention and care should adapt to this interacting process. Globally, the new morbidity is strongly associated with behavioural problems and is therefore much more difficult to prevent than the diseases that have been known for centuries. Countries in an intermediate state of socioeconomic development are accumulating classical and new morbidity and are facing great difficulties as regards the care of the sick.

A magnitude da SIDA foi abordada no informe, mas apresenta que outras condições têm grande importância também<sup>269</sup>. Em termos de morbidade emergente, a SIDA representa o desafio mais crucial por causa de seu impacto sobre mulheres, crianças e famílias. No entanto, outros problemas não devem ser esquecidos: o abuso de substâncias durante a gravidez com seus efeitos nocivos sobre a mãe e a criança, e lesões acidentais, de longe, a primeira causa de anos perdidos potenciais de vida. A

---

<sup>269</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p 71.

lesão acidental é apenas um dos maus efeitos da violência, sendo que outras causas são adicionadas, tais como abuso infantil e negligência, e, morbidade violenta. Abuso e negligência infantil incluem quatro condições distintas: abuso físico, negligência, abuso emocional e sexual.

In terms of emerging morbidity, AIDS represents the most crucial challenge because of its impact on women, children and families. However, other problems should not be overlooked: substance abuse during pregnancy with its harmful effects on both mother and child, and accidental injuries, by far the first cause of potential years of life lost. Accidental injuries are only one of the ill-effects of violence: if other causes are added such as child abuse and neglect, *violent morbidity* is becoming more of a burden. Child abuse and neglect include four distinct conditions: physical abuse, neglect, emotional abuse and sexual abuse.

Um tema extremamente atual abordado no informe de 1998 é sobre a vulnerabilidade da infância em conflitos armados<sup>270</sup>. As crianças são os membros mais vulneráveis da sociedade em tempos de conflitos armados. Na última década, cerca de 2 milhões de crianças morreram, como resultado da guerra e muitas vezes foram deslocadas de suas casas. Nesses conflitos, as mortes de crianças são até 24 vezes maiores do que em tempos de paz. Na época de redação do informe os autores apresentaram que havia mais de 4 milhões de crianças no mundo que foram desabilitadas por causa de conflitos armados, muitos por minas terrestres.

Children are the most vulnerable members of society in times of *armed conflicts*. In the past decade around 2 million children

---

<sup>270</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p 73.



have died as a result of war and many times that number have been displaced from their homes. In such conflicts, deaths of children are up to 24 times greater than in times of peace. At present there may be more than 4 million children in the world who have been disabled because of armed conflict, many by landmines.

Com relação a faixas etárias maiores da infância e adolescência o informe discorre<sup>271</sup>:

During the past 50 years, the health of most children and young people between the ages of 5 and 19 has improved, at least in some ways. Their standard of living is generally higher, they are at risk of fewer infectious diseases, and they are better educated. They are the children and adolescents who have survived the first five dangerous years of life and are not yet directly challenged by the health problems of adulthood.

Nos 50 anos compreendidos na abordagem do informe (1948-1998), a saúde da maioria das crianças e jovens entre as idades de 5 e 19 melhorou, pelo menos em alguns aspectos. Seu padrão de vida é geralmente mais elevado, correm menos risco de doenças infecciosas, e são mais bem-educadas. São crianças e adolescentes que sobreviveram aos primeiros cinco anos de vida mais perigosos e, ainda não estão diretamente envolvidos pelas problemas de saúde da idade adulta.

Alguns problemas de saúde, condições e comportamentos são mais prevalentes entre as crianças mais velhas e adolescentes, do que em outros grupos etários, podendo influenciar a sua saúde futura. Variam a prevalência de um país para outro, incluindo maternidade precoce; doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV; outras doenças

---

<sup>271</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p 75.

infecciosas, como a tuberculose, esquistossomose e infecção por helmintos; distúrbios da saúde mental; abuso de substâncias; lesões e tentativas de suicídio<sup>272</sup>.

Some health problems, conditions and behaviours are more prevalent among older children and adolescents than other age groups, and may influence their future health. Varying in prevalence from one country to another, these include maternity; sexually transmitted diseases, including HIV; other infectious diseases such as tuberculosis, schistosomiasis and helminth infection; mental health; substance abuse; injuries and suicide attempts.

Com relação ao mundo adulto o informe assim coloca<sup>273</sup>:

The expansion of the adult population is one of the most important of the demographic changes now occurring. Those aged between 20 and 64 years represent just over half of all the people in the world, and are expected to account for 58% by 2025. At the same time, the proportion of older people needing support from working-age adults is forecast to increase from about 12% in 1995 to about 17% in 2025.

A expansão da população adulta é uma das mais importantes das mudanças demográficas que ocorreu no período apresentado no informe. Aqueles com idade entre 20 e 64 anos passaram a representar pouco mais da metade de todas as pessoas do mundo, e os autores do informe esperam que respondam a 58% em 2025. Ao mesmo tempo, a proporção de pessoas mais velhas que precisarão de apoio dos adultos em

---

<sup>272</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p. 76.

<sup>273</sup> *Ibidem*, p. 86, 87.

idade de trabalhar está previsto para aumentar de cerca de 12% em 1995 para cerca de 17% em 2025.

Com relação às doenças causadoras de morte deste grupo etário, destacam-se as doenças não contagiosas, como doenças circulatórias, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, tabagismo, obesidade, alcoolismo; além das contagiosas como HIV/SIDA e infecções respiratórias baixas agudas<sup>274</sup>.

Most of these deaths are due to chronic noncommunicable diseases – circulatory diseases, cancers, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes – for which there are wellknown risk factors. The most important are tobacco smoking and unhealthy diet. Obesity is becoming one of the most important contributors to ill-health. Heavy alcohol consumption increases the risk of developing some cancers and mental disorders, injuries and cirrhosis of the liver. Among communicable diseases, tuberculosis, HIV/AIDS, and acute lower respiratory infections are the leading killers.

Um número maior de pessoas tem apresentado uma perspectiva de uma velhice saudável e prolongada. As pessoas não estão apenas vivendo mais; as pesquisas mostram que, em alguns casos, elas também estão vivendo com uma saúde melhor, com taxas de incapacidade menores ao mesmo tempo que sua expectativa de vida sobe<sup>275</sup>.

For more people than ever before, the prospect of a healthy and extended old age is becoming a reality. People are not only living longer; research shows that in some cases they are also living in better health, with their rates of disability going down at the same time as their life expectancy goes up.

---

<sup>274</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p. 87.

<sup>275</sup> *Ibidem*, p. 100.

Muito interessante a colocação do informe com relação a independência/dependência do ser humano a medida que caminha para o envelhecimento<sup>276</sup>.

Growing older is associated with increasing disability and greater dependence on others. Generally a person is regarded as dependent if he or she needs the help of another person in order to perform the basic activities of daily living, such as washing, getting dressed, moving about, eating and drinking. Most older people will eventually need help of this kind to some extent. It may be provided by any combination of relatives, neighbours, the community and health and social services, and it may be needed for periods of many years.

Envelhecer está associado com o aumento da incapacidade e maior dependência dos outros. Geralmente uma pessoa é considerada como dependente se ela precisa da ajuda de outra pessoa, a fim de realizar atividades básicas da vida diária, como lavar-se, vestir-se, movimentar-se, comer e beber. A maioria das pessoas mais velhas, eventualmente, precisam deste tipo de ajuda. Esta pode ser proveniente de qualquer combinação como parentes, vizinhos, comunidade, serviços sociais ou de saúde, e isso pode ser necessário por períodos de longos anos.

A expectativa de vida saudável é influenciada por um número relativamente pequeno de condições crônicas incapacitantes, que se tornam mais comum com o aumento da idade. Estas condições incluem doenças do aparelho circulatório, tais como doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral; cânceres; condições musculoesqueléticas, como artrite e osteoporose; doenças neurológicas ou mentais,

---

<sup>276</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p. 103.

como a demência e depressão; doenças degenerativas, como a perda de visão e audição; e doença pulmonar obstrutiva crônica<sup>277</sup>.

Healthy life expectancy is influenced by a relatively small number of chronic disabling conditions that become more common with increasing age. They include circulatory diseases, such as cardiovascular disease and stroke; cancers; musculoskeletal conditions such as arthritis and osteoporosis; neurological or mental disorders such as dementia and depression; degenerative disorders such as loss of sight and hearing; and chronic obstructive pulmonary disease.

Sob o desempenho aparentemente modesto da economia mundial no início da década de 90 foram as mudanças políticas, econômicas e tecnológicas que exercerão um impacto de longo alcance sobre a futura prosperidade para o mundo. Essas mudanças incluem a crescente integração global das atividades econômicas e de reformas institucionais orientadas para o mercado em muitos países<sup>278</sup>.

Beneath the apparently modest performance of the world economy in the early 1990s were political, economic and technological upheavals which will have a far-reaching impact on future prosperity for the world. The changes include the increasing global integration of economic activities and market-oriented institutional reforms in many countries.

Está se tornando cada vez mais claro que as melhorias de saúde são influenciadas e condicionadas por fatores socioeconômicos e desenvolvimento em áreas

---

<sup>277</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p. 106.

<sup>278</sup> *Ibidem*, p. 114.

como urbanização, meio ambiente, emprego, educação e nutrição, que são as principais forças impulsionadoras por trás das tendências de saúde<sup>279</sup>.

It is becoming increasingly clear that health improvements are influenced and conditioned by socioeconomic factors and developments in such areas as urbanization, environment, employment, education and nutrition, which are major driving forces behind health trends.

O informe faz uma crítica às escolas médicas, e conseqüentemente, a profissão da medicina com relação ao posicionamento fraco em relação à saúde global. As escolas de medicina focam o ensino sobre as doenças nacionais e o panorama da saúde pública. No entanto, muitas não conseguem ensinar um mínimo sobre a situação da saúde global. Estudantes de ciências naturais, humanidade, economia e agronomia, na maioria dos países, são geralmente mais ensinados sobre os aspectos globais de suas disciplinas. Conseqüentemente, a profissão médica tem uma voz mais fraca do que outras profissões no discurso sobre desenvolvimento global. A situação está melhorando em algumas escolas médicas, em parte devido à inclusão da saúde internacional como uma disciplina<sup>280</sup>.

Medical schools rightly focus teaching on the national disease and public health panorama. However, many fail to teach even a minimum about the global health situation. Students of natural science, humanity, economics and agronomy in most countries are generally taught more about global aspects of their disciplines. Consequently, the medical profession has a weaker voice than other professions in the discourse about global development. The situation is improving in some medical

---

<sup>279</sup> The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 27/12/2015. p. 121.

<sup>280</sup> *Ibidem*, p. 162.

schools, partly because of the inclusion of international health as a discipline.

### 3.2.1.5. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 1999 - Fazendo a diferença

En este informe, se describen los logros alcanzados durante el siglo XX y los desafíos que éste nos ha legado y se proponen una serie de estrategias para propiciar un cambio hacia una mejor salud en el siglo XXI. El informe afirma que la salud debe ocupar un lugar central dentro del programa mundial de desarrollo y subraya la adhesión de la OMS a ese objetivo<sup>281</sup>.

O informe de 1999 – “Fazendo a diferença”- inicia-se com uma revisão sobre as realizações e desafios sobre a saúde no mundo, destacando as suas implicações para a abordagem da OMS, suas prioridades e o trabalho nos próximos anos<sup>282</sup>:

This year’s World health report – Making a difference reviews the accomplishments and challenges in world health and highlights their implications for WHO’s approach, priorities and work in the years to come.

Apresenta que os historiadores da área da economia e demografia debatem a gênese do aumento da esperança de vida, mas que esses aumentos parecem ser pelo menos parcialmente, ligados às mudanças econômicas resultantes das revoluções agrícola e industrial. Um aspecto da mudança econômica - urbanização - realmente afeta negativamente a saúde, expondo uma proporção crescente da população a

---

<sup>281</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<  
[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.

<sup>282</sup> *Ibidem*, p. vii.

condições de superlotação e facilitando a propagação da infecção. Contrabalançando este efeito, os aumentos na ingestão de nutrientes e melhorias no saneamento e abastecimento de água resultaram em níveis de rendimento mais elevados. Melhoria da saúde e do estado nutricional foram resultantes e causa do crescimento da renda. Embora os europeus do Norte tenham começado a imunização contra a varíola, no início do século XIX, este foi excepcional, e outros conhecimentos e ferramentas para a melhoria da saúde específica, provavelmente, desempenhou apenas um papel limitado nas melhorias da saúde do século XIX. Em contraste, a revolução de saúde do século XX parece ter apresentado resultados muito mais substanciais, a partir da geração e aplicação de novos conhecimentos<sup>283</sup>.

Economic historians and demographers debate the genesis of these increases in life expectancy, but the increases appear to be at least partially linked to the economic changes resulting from the agricultural and industrial revolutions. One aspect of economic change – urbanization – actually affected health adversely by exposing an increasing proportion of the population to crowded conditions, thereby facilitating the spread of infection. Somewhat more than counterbalancing this effect, though, were increases in nutrient intake and improvements in sanitation and water supply resulting from higher income levels. Better health and nutritional status were both a result and a cause of income growth. Although northern Europeans had begun immunizing against smallpox by early in the 19th century, this was exceptional, and other specific knowledge and tools for improving health probably played only a limited role in the minor health improvements of the 19th century. In contrast, the 20th century health revolution appears to have resulted far

---

<sup>283</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 04/01/2016. p. 1.



more substantially from the generation and application of new knowledge.

As taxas de mortalidade nos países europeus continuaram seu declínio no século XX, e na segunda metade do século, essa “revolução da mortalidade” se espalhou para o resto do mundo. A revolução global do século XX, transformada em saúde, está transformando não só a qualidade de vida dos indivíduos, mas também a demografia das populações. Circunstâncias demográficas têm contribuindo para a ampla difusão do crescimento econômico<sup>284</sup>.

Mortality rates in European countries continued their decline in the 20th century, and by the second half of the century this mortality revolution had spread to the rest of the world. The 20th century global revolution in health transformed – and is transforming – not only the quality of individual lives, but also the demography of populations. These changed health and demographic circumstances have themselves contributed to wide diffusion of economic growth.

Embora declínios de mortalidade têm tipicamente levado a aumentos das taxas de crescimento da população, estes aumentos são temporários. O declínio da fertilidade acompanha ou seguiu o declínio da mortalidade, retornando às taxas de crescimento em níveis baixos<sup>285</sup>.

---

<sup>284</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 04/01/2016. p. 2.

<sup>285</sup> *Ibidem*, p. 3.

Although mortality declines have typically led to increases in population growth rates, these increases prove temporary. Fertility decline accompanies or soon follows mortality decline, bringing growth rates back to low levels

O mundo atual talvez seja algo que passou o ponto médio de um período de dois séculos, durante o qual as características demográficas da população humana terão sido totalmente transformadas. Esta transformação (ou transição demográfica) implica num movimento de altas taxas de natalidade e mortalidade para baixas taxas; um movimento de taxas de crescimento populacional inicialmente baixos por um período de altas taxas e um grande aumento na população total. Em seguida, volta a taxas de crescimento baixo ou nulo; e um movimento a partir de uma distribuição por idade com numerosos jovens e alguns idosos para um com números quase iguais na maioria das faixas etárias. Mudanças sociais, econômicas e epidemiológicas enormes acompanham a transição demográfica, que é em si uma consequência da revolução ainda em curso na mortalidade<sup>286</sup>.

The world today is perhaps somewhat past the halfway point of a two-century period during which the demographic characteristics of the human population will have been totally transformed. This transformation (or demographic transition) entails a move from very high birth and death rates to low ones; a move from initially low population growth rates through a period of high rates and a vast increase in total population then back to low or zero growth rates; and a move from an age distribution with numerous young and few elderly to one with nearly equal numbers in most age groups. Enormous social, economic and epidemiological changes follow the demographic

---

<sup>286</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 3.

transition, which is itself a consequence of the still ongoing revolution in mortality.

Melhorias de renda podem levar a reduções da mortalidade. Numerosos estudos tentaram quantificar esse efeito. As análises realizadas para este relatório, avaliada em todos os países, mostraram os efeitos da renda nacional sobre os resultados de saúde durante o período de 1952 a 1992. A renda aumentou se correlacionando com uma diminuição de mortalidade e, acredita-se que a relação é causal em ambas as direções<sup>287</sup>.

Income improvements can lead to mortality reductions, and numerous studies have attempted to quantify this effect. Analyses undertaken as background to this report, for example, assessed for all countries the effects of national income on health outcomes during the period 1952–1992. Income increases do indeed correlate with mortality declines and there are good reasons to believe that the relation is causal in both directions.

O informe relata que os efeitos do crescimento econômico sobre a saúde, enquanto reais, são relativamente fracos e propensos a serem lentos. Orienta que ao invés de esperar o movimento ao longo da curva, os países deveriam focar o desenvolvimento do sistema de saúde na tarefa de unir a curva ou ir além dela a partir de melhores práticas de saúde<sup>288</sup>.

The effects of economic growth on health, while real, are relatively weak and likely to be slow in coming. Rather than waiting for movement along the curve, *countries should focus health system development on the task of joining the curve or going beyond it to the point of best practice.*

---

<sup>287</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 5.

<sup>288</sup> *Ibidem*, p. 7.

O informe mostra que há motivos para esperar que quando se concentra investimentos nos sistemas de saúde sobre problemas específicos da pobreza se pode gerar grandes ganhos a curto e médio prazos na saúde, e que o investimento em pesquisa e desenvolvimento pode sustentar ganhos a médio e longo prazos. Esses ganhos são de imenso valor intrínseco. A associação entre renda e saúde sugere que investimentos em saúde podem ter um bom retorno econômico. Elementos para esta afirmação são apresentados abaixo. Na verdade, em vez de continuar a apontar para a pobreza como causa de problemas de saúde, as decisões podem vir a se concentrar no relacionamento de duas vias entre a pobreza e a falta de saúde, identificando-se a última, como uma das principais causas da pobreza e uma que é particularmente favorável à intervenção pública<sup>289</sup>.

There is every reason to expect, then, that focused investments by health systems on specific problems of the poor can generate major short to medium term gains in health, and that investment in the research and development (R&D) can sustain medium to long term gains. Such gains are of immense intrinsic value. The association between income and health moreover suggests that health investments may have an economic payoff as well. Supporting evidence for this assertion is presented below. Indeed, rather than continuing to point to poverty as the root cause of ill-health, decision-makers may come to focus on the two-way relationship between poverty and ill-health, identifying the latter as one of the root causes of poverty – and one that is particularly amenable to public intervention.

---

<sup>289</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 7.

É apresentado no informe que os ganhos globais em saúde constituem, sem dúvida, a principal conquista da humanidade, possibilitando a cada indivíduo esperar viver uma vida longa e livre de doença. Essa conquista transcende a necessidade de avaliação econômica. Ganhos em saúde têm um valor intrínseco. Existem duas razões específicas para avaliar as consequências econômicas de uma saúde melhor: - compreender o papel econômico da saúde pode ajudar a compreender as fontes de outras grandes realizações da humanidade do século XX, o rápido crescimento econômico generalizado. Na medida em que uma saúde melhor tem contribuído para o aumento das taxas de crescimento, investir na saúde pode se tornar uma ferramenta de política macroeconômica. - conquistar a pobreza constitui a tarefa central para a política de desenvolvimento no início do século XXI. Apesar do crescimento econômico rápido, mais de um bilhão de seres humanos ainda vivem em absoluto e degradante estado de pobreza<sup>290</sup>.

The global gains in health documented above constitute, arguably, humankind's most dramatic achievement. In our era it is *possible* for every individual to expect to live a long and substantially disease-free life. This accomplishment transcends the need for economic valuation. Health gains have intrinsic value. That said, two particular reasons exist for assessing the economic consequences of better health: - Understanding health's economic role may help to understand the sources of another of humankind's great accomplishments of the 20th century – widespread rapid economic growth. To the extent that better health has contributed to increased growth rates, investing in health can become a tool of macroeconomic policy. - Conquering poverty constitutes the central task for development policy at the beginning of the 21st century. Despite rapid

---

<sup>290</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 7.

economic growth, over a billion humans still exist in absolute, degrading poverty.

Pesquisas começaram a fornecer provas claras dos benefícios econômicos na melhoria da saúde. No entanto, conjuntos de dados que sustentam a pesquisa sobre as características dos países ao longo do tempo ou em um grande número de famílias dentro de um país num determinado momento, raramente permitiram a determinação conclusiva da causa e efeito<sup>291</sup>.

Research has begun to provide clearer evidence of the economic benefits of improving health. But data sets underpinning the research – on characteristics of countries over time or on large numbers of households within a country at a given time – rarely permit conclusive determination of cause and effect.

Desde a publicação “A riqueza das nações” de Adam Smith há mais de dois séculos atrás, os economistas têm procurado respostas para a questão do porquê de alguns países serem ricos e outros pobres. A principal ferramenta empírica agora utilizada para estudar o crescimento econômico é a análise de “cross-country” da relação entre o crescimento econômico (normalmente medido em termos de taxa de crescimento do PIB *per capita*) e uma série de variáveis que se acredita explicar porque as taxas de crescimento diferem. Entre os fatores a serem explorados estão: níveis e padrões de escolaridade; crescimento da população, densidade e estrutura etária; abundância de recursos naturais; poupança pessoal e governamental (taxa de investimento); estoque de capital físico; política econômica; a qualidade das instituições públicas; e geografia, por exemplo, a localização e o clima de um país<sup>292</sup>.

---

<sup>291</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 7.

<sup>292</sup> *Ibidem*, p. 8.

Since publication of Adam Smith's *The wealth of nations* over two centuries ago, economists have sought answers to the question of why some countries are wealthy and others poor. Why have economic growth rates differed? The main empirical tool now used to study economic growth is cross-country analysis of the relationship between economic growth (typically measured in terms of the growth rate of per capita GDP) and a range of variables believed to account for why growth rates differ (6,7). Among the factors being explored are: levels and patterns of educational attainment (schooling); population growth, density and age structure; natural resource abundance; personal and government saving (investment rates); physical capital stock; economic policy, for example, the degree of trade openness; the quality of public institutions; and geography, for example, the location and climate of a country.

Pesquisas recentes têm adicionado vários indicadores de saúde específicos a esses fatores, e se voltado para as ligações entre estes e crescimento econômico. Há ligações diretas entre desempenho econômico e indicadores de saúde, como a expectativa de vida. Algumas variáveis, como a geografia e a demografia, vinculam indiretamente saúde com o crescimento econômico. A geografia, particularmente a localização tropical, está altamente correlacionada com a carga da doença, que por sua vez afeta o desempenho econômico. A demografia, por outro lado, é determinada em parte pelo estado de saúde, e tem um efeito direto sobre o crescimento econômico através da estrutura da idade da população, em especial, a relação da idade ativa na população total. Um importante resultado que surgiu das pesquisas recentes é que as taxas de sobrevivência ou a expectativa de vida são importantes indicadores de níveis de rendimento ou de crescimento econômico subsequente<sup>293</sup>.

---

<sup>293</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 8.

Recent research has added several specific health indicators to these factors, and looked at the links between them and economic growth. There are direct links between economic performance and health indicators such as life expectancy. Some variables, such as geography and demography, indirectly link health with economic growth. Geography, particularly tropical location, is highly correlated with disease burden, which in turn affects economic performance (8). Demography, on the other hand, is determined in part by health status, and has a direct effect on economic growth through the age structure of the population, in particular the ratio of the working age to the total population. A major result to emerge from recent research is that survival rates or life expectancy are powerful predictors of income levels or of subsequent economic growth.

Analisando os efeitos do clima sobre a renda, concluiu-se que os países em regiões tropicais sofrem desvantagens importantes em relação aos de zonas temperadas. Em adição aos efeitos do clima e da geografia da qualidade do solo, sugere-se um mecanismo causal importante através do qual este efeito opera a interação de climas tropicais e doenças tropicais, em particular a malária que pode ter um custo significativo em termos de rendimento econômico. Outra linha de análise sugere a interação das alterações demográficas exógenas com o desenvolvimento do capital humano e físico pode levar a um ciclo virtuoso de crescimento, permitindo um país se libertar de uma armadilha da pobreza<sup>294</sup>.

One line of work, analysing the effects of climate on income, concludes that countries in tropical regions suffer important disadvantages relative to those in temperate zones. In addition to the effects of climate and geography on soil quality, this work

---

<sup>294</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 9.



suggests that an important causal mechanism through which this effect operates is the interaction of tropical climates and tropical diseases, particularly malaria which can have a significant cost in terms of economic performance. Another line of analysis suggests that the interaction of exogenous demographic changes with human and physical capital development can lead to a virtuous cycle of growth, enabling a country to break free of a poverty trap.

Há evidências de que a saúde do adulto depende em parte da sua saúde na infância e, por sua vez, influencia diretamente a produtividade do trabalho. A renda *per capita* é definida como o nível de renda dividida pela população total. Claramente, a população total é composta de dependentes econômicos, bem como da economicamente ativa. Melhoria da saúde do adulto vai melhorar a proporção de dependência, tanto pela redução da mortalidade entre os economicamente ativos, como reduzindo a aposentadoria prematura resultante da doença, e esta relação muda como resultado da transição demográfica<sup>295</sup>.

There is evidence that adult health depends in part on child health and itself directly influences labour productivity. Per capita income is defined as the level of income divided by total population. Clearly, the total population consists of economic dependents as well as the economically active. Improved adult health will improve the dependency ratio both by reducing mortality among the economically active and by reducing premature retirement that results from illness, and this ratio changes as a result of demographic transition.

---

<sup>295</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/01/2016. p. 9.

Como apresentado no informe de 1997<sup>296</sup> e retomado no informe de 1999, a revolução do século XX na área da saúde e a consequente transição demográfica, levou a grandes mudanças no padrão de doença, alterando as causas de morte e incapacidades por doenças infecciosas para doenças não transmissíveis<sup>297</sup>.

The 20th century revolution in health – and the consequent demographic transition – lead inexorably to major changes in the pattern of disease. This epidemiological transition results in a major shift in causes of death and disability from infectious diseases to noncommunicable diseases.

Nas regiões em desenvolvimento, as doenças não transmissíveis, como depressão e doenças cardíacas estarão substituindo rapidamente as doenças infecciosas e desnutrição, como as principais causas de incapacidade e morte prematura.<sup>298</sup>

The next two decades will see dramatic changes in the health needs of the world's populations. In the developing regions, noncommunicable diseases such as depression and heart disease are fast replacing the traditional enemies, in particular infectious diseases and malnutrition, as the leading causes of disability and premature death. Injuries, both intentional and unintentional, are also growing in importance and by 2020 could rival infectious diseases worldwide as a source of ill-health.

---

<sup>296</sup> The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:<  
[http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016.

<sup>297</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<  
[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016. p. 13.

<sup>298</sup> *Ibidem*, p. 14.

O informe apresenta instrumentos de avaliação da qualidade de vida e incapacidades resultantes das doenças. Várias dessas medidas foram desenvolvidas em diferentes países, muitos deles sendo variantes do chamado Qualidade de Vida Ajustados por Ano de Vida (QALY), que é principalmente utilizado para medir os ganhos de intervenções. Em contraste, a Incapacidade Ajustada Por Ano De Vida (DALY) é uma medida da carga de doença<sup>299</sup>.

Several such measures have been developed in different countries, many of them being variants of the so-called Quality-Adjusted Life Year (QALY), which is principally used to measure gains from interventions. In contrast, the Disability-Adjusted Life Year (DALY) is a measure of the burden of disease.

Em 1998, estimou-se que 43% de todos os DALYs (Incapacidade Ajustada Por Ano De Vida) globalmente foram atribuídas a doenças não transmissíveis. Em países de baixa e média renda o valor era de 39%, enquanto que em países de alta renda foi de 81%. Dentre as doenças deste grupo, destaca-se as condições neuropsiquiátricas, responsáveis por 10% da carga de doenças medido em DALYs em países de baixa e média renda e 23% dos DALYs em países de alta renda; as doenças cardiovasculares, responsáveis por 10% dos DALYs em países de baixa e média renda e 18% dos DALYs em países de alta renda; os tumores malignos (cânceres), representando 5% de DALYs em países de baixa e média renda e 15% nos países de alta renda<sup>300</sup>.

In 1998, an estimated 43% of all DALYs globally were attributable to noncommunicable diseases. In low and middle income countries the figure was 39%, while in high income countries it was 81%. Among these diseases, the following took

---

<sup>299</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016. p. 15.

<sup>300</sup> *Idem*.

a particularly heavy toll: - neuropsychiatric conditions, accounting for 10% of the burden of disease measured in DALYs in low and middle income countries and 23% of DALYs in high income countries; - cardiovascular diseases, responsible for 10% of DALYs in low and middle income countries and 18% of DALYs in high income countries; - malignant neoplasms (cancers), which caused 5% of DALYs in low and middle income countries and 15% in high income countries.

Violência e lesões auto infligidas (incluindo suicídio) são um importante problema de saúde pública devido à sua importância crescente no âmbito da carga global de doenças<sup>301</sup>.

Apesar dos avanços do século XX, um componente significativo do ônus da doença a nível mundial continua a ser atribuível a doenças infecciosas, desnutrição e complicações do parto. Estas condições estão concentradas principalmente nos países mais pobres, e dentro desses países, afetam desproporcionalmente as populações que vivem na pobreza. A concentração residual de doenças infecciosas que aflige os mais desfavorecidos é uma carga evitável, porque existem ferramentas baratas e eficazes para tratar grande parte delas.<sup>302</sup>

Despite the extraordinary advances of the 20th century, a significant component of the burden of illness globally still remains attributable to infectious diseases, undernutrition and complications of childbirth. These conditions are primarily concentrated in the poorest countries, and within those countries they disproportionately afflict populations that are living in poverty. The residual concentration of infectious diseases

---

<sup>301</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016. p. 16.

<sup>302</sup> *Ibidem*, p. 19.

afflicting the poor is truly an avoidable burden, because inexpensive and effective tools exist to deal with much of it. In fact, it mostly results from relatively few conditions.

Os programas de imunização produziram as mudanças mais significativas na saúde da criança nas últimas décadas. Apesar de algumas vacinas representarem a intervenção de saúde pública mais rentável de todas, o mundo não as usa o suficiente. Pelo menos 2 milhões de crianças ainda morrem anualmente de doenças, para as quais vacinas estão disponíveis a baixo custo. Da mesma forma, para a diarreia existe uma intervenção simples, barata e eficaz: a terapia de reidratação oral. A diarreia e pneumonia juntas, respondem por uma alta proporção de mortes de crianças nos países em desenvolvimento. Em vários países em desenvolvimento, portanto, programas de controle da diarreia foram fundidos com uma abordagem simplificada, promovida pela OMS e a detecção de infecções respiratórias agudas (principalmente pneumonia). Em adultos, as condições maternas, HIV / SIDA e a tuberculose são as três principais causas de carga da doença em regiões em desenvolvimento<sup>303</sup>.

Immunization programmes have yielded the most significant changes in child health in the last few decades. Although some vaccines represent the most cost-effective public health intervention of all, the world does not use them enough. At least 2 million children still die each year from diseases for which vaccines are available at low cost. Similarly, for diarrhoeal disease, there exists a simple, inexpensive and effective intervention: oral rehydration therapy. Diarrhoeal diseases and pneumonia together account for a high proportion of deaths of children in developing countries. In several developing countries, therefore, diarrhoeal disease control programmes have been merged with a simplified approach, promoted by WHO, to

---

<sup>303</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016. p. 19.

detecting acute respiratory infections (primarily pneumonia). In adults, maternal conditions, HIV/AIDS and tuberculosis are the three major causes of disease burden in developing regions. Together, they accounted for 7% of all DALYs in 1998. Among maternal conditions, obstructed labour, sepsis and unsafe abortion were among the ten leading causes of death and disability among women aged 15–44 years in developing countries in 1998. The burden of maternal conditions has been hard to quantify because of the lack of reliable data. But it is a major public health problem and represents a major and unnecessary burden for which policy-makers should increasingly be held accountable.

Este informe defende um "novo universalismo" que reconhece os limites dos governos, mas conserva a responsabilidade destes para a liderança e financiamento dos sistemas de saúde<sup>304</sup>.

Um século de grande progresso revolucionou as condições de saúde da maioria da humanidade. Entre os países de alta renda, a expectativa de vida aumentou de 30 a 40 anos neste período. A maioria dos países de baixa e média renda têm experimentado ganhos, que transformaram a qualidade de vida e contribuíram para o crescimento econômico. Para o informe, no entanto, mais de um bilhão de pessoas entrarão no século XXI sem ter compartilhado esses ganhos: suas vidas permanecerão curtas e marcadas pela doença. Muitos outros não conseguirão perceber o seu potencial para melhorar a saúde, porque os sistemas de saúde destinam recursos para intervenções de baixa qualidade ou de baixa eficácia referente ao custo. A diferença para os pobres não será apenas em melhorar sua qualidade de vida, mas também, através do aumento da sua produtividade, ao abordar uma das principais causas da pobreza<sup>305</sup>.

---

<sup>304</sup> The world health report 1999 - making a difference. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016. p. 33.

<sup>305</sup> *Ibidem*, p. 81.

A century of remarkable progress has revolutionized the health conditions of most of humanity. Among high income countries, life expectancy increased by 30 to 40 years in this period. Most of today's low and middle income countries have experienced even more dramatic gains, gains that have transformed quality of life and contributed to economic growth. Yet, as this report has documented, over a billion people will enter the 21st century without having shared in these gains: their lives remain short and scarred by disease. Many others fail to realize their full potential for better health because health systems allocate resources to interventions of low quality or of low efficacy related to cost. Increasing numbers of people forego or defer essential care or suffer huge financial burdens resulting from an unexpected need for expensive services. The continuing challenges to health ministries and to countries thus remain enormous. Meeting those challenges will make a major difference in the quality of life worldwide. And the difference for the poor will not only be in improving their quality of life, but also, through increasing their productivity, in addressing one of the root causes of poverty.

#### **3.2.1.6. Informe sobre a saúde no mundo do ano 2000 - Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde**

Este informe examina y compara diversos aspectos de los sistemas de salud del mundo entero. Además de ofrecer una serie de aclaraciones conceptuales sobre los complejos factores que explican el funcionamiento de los sistemas de salud, se dan

consejos prácticos sobre cómo evaluar el desempeño y lograr mejoras con los recursos disponibles<sup>306</sup>.

Neste informe, os sistemas de saúde são definidos como compreendendo todas as organizações, instituições e recursos que são dedicados à produção de ações de saúde. A ação de saúde é definida como qualquer esforço, quer na área da saúde pessoal, serviços de saúde pública ou por meio de iniciativas inter setoriais, cujo objetivo principal é melhorar a saúde<sup>307</sup>.

In this report, health systems are defined as comprising all the organizations, institutions and resources that are devoted to producing health actions. A health action is defined as any effort, whether in personal health care, public health services or through intersectoral initiatives, whose primary purpose is to improve health.

A melhoria da saúde é o principal objetivo de um sistema de saúde, mas não o único. O objetivo de se obter uma boa saúde é duplo: o melhor nível médio possível - *bom* - e as menores diferenças possíveis entre os indivíduos e grupos - *equitativo*. “*Bom*” significa um sistema de saúde respondendo bem ao que as pessoas esperam dele; a *equidade* significa que responde igualmente bem para todos, sem discriminação. No Informe Mundial da Saúde 2000, dedicado inteiramente aos sistemas de saúde, a OMS

---

<sup>306</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.

<sup>307</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016. p. xi.



expande a sua preocupação tradicional para bem-estar física e mental de pessoas, enfatizando esses outros elementos: *Bom e Equitativo*<sup>308</sup>.

But while improving health is clearly the main objective of a health system, it is not the only one. The objective of good health itself is really twofold: the best attainable average level – *goodness* – and the smallest feasible differences among individuals and groups – *fairness*. Goodness means a health system responding well to what people expect of it; fairness means it responds equally well to everyone, without discrimination. In *The world health report 2000*, devoted entirely to health systems, the World Health Organization expands its traditional concern for people's physical and mental well-being to emphasize these other elements of goodness and fairness.

O informe apresenta que saúde é uma característica de um ativo inalienável e, neste aspecto, um pouco parecida com outras formas de capital humano, como a educação, o conhecimento profissional ou habilidades atléticas. Mas ainda difere deles em aspectos cruciais. Está sujeita a grandes riscos e imprevistos, os quais são em grande parte independentes um do outro. Além disso, não pode ser acumulada como conhecimentos e habilidades. Esses recursos são suficientes para tornar a saúde diferente de todos os outros ativos que as pessoas possam assegurar contra perda ou dano, sendo a razão por que o seguro de saúde é mais complexo do que qualquer outro tipo de seguro<sup>309</sup>.

Health, then, is a characteristic of an inalienable asset, and in this respect it somewhat resembles other forms of human

---

<sup>308</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. xi.

<sup>309</sup> *Ibidem*, p. 4.

capital, such as education, professional knowledge or athletic skills. But it still differs from them in crucial respects. It is subject to large and unpredictable risks, which are mostly independent of one another. And it cannot be accumulated as knowledge and skills can. These features are enough to make health radically unlike all other assets which people insure against loss or damage, and are the reason why health insurance is more complex than any other kind of insurance.

Uma questão diretamente relacionada aos direitos humanos é apresentada no informe. A integridade física e dignidade do indivíduo são reconhecidas no direito internacional, no entanto, têm se observado casos da perversão do conhecimento médico e de suas habilidades, como a participação involuntária ou desinformada em experimentos, a esterilização forçada ou expropriação violenta de órgãos. Os sistemas de saúde, portanto, têm uma responsabilidade adicional para garantir que as pessoas sejam tratadas com respeito, em conformidade com os direitos humanos<sup>310</sup>.

The physical integrity and dignity of the individual are recognized in international law, yet there have been shameful instances of the perversion of medical knowledge and skills, such as involuntary or uninformed participation in experiments, forced sterilization, or violent expropriation of organs. Health systems therefore have an additional responsibility to ensure that people are treated with respect, in accordance with human rights.

Este informe define um sistema de saúde, incluindo todas as atividades cujo objetivo principal é promover, restaurar ou manter a saúde. Serviços de saúde formais, incluem o atendimento médico pessoal, ações por curandeiros tradicionais, e todo o uso

---

<sup>310</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 4.

de medicação, prescritos por um prestador ou não. O cuidado na casa dos doentes, como algo entre 70% e 90% de todas as doenças, é gerenciado. Tais atividades tradicionais de saúde pública como a promoção da saúde, prevenção de doenças e outras intervenções benéficas para a saúde, como melhoria de estradas e segurança ambiental, também fazem parte do sistema. Além dos limites desta definição estão atividades, cujo objetivo principal não é a saúde – a educação, por exemplo - mesmo que essas atividades tenham um benefício secundário à saúde. Assim, o sistema geral de ensino está fora destes limites, mas especificamente a educação relacionada com a saúde está incluída. Então, estão incluídas as ações destinadas principalmente para melhorar a saúde indiretamente, influenciando o funcionamento dos sistemas de não-saúde, como as ações para melhorar o futuro, aumentando a matrícula escolar das meninas ou mudando o currículo para fazer os alunos cuidadores e consumidores de cuidados de saúde<sup>311</sup>.

This report defines a health system to include *all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health*. Formal health services, including the professional delivery of personal medical attention, are clearly within these boundaries. So are actions by traditional healers, and all use of medication, whether prescribed by a provider or not. So is home care of the sick, which is how somewhere between 70% and 90% of all sickness is managed. Such traditional public health activities as health promotion and disease prevention, and other healthenhancing interventions like road and environmental safety improvement, are also part of the system. Beyond the boundaries of this definition are those activities whose primary purpose is something other than health – education, for example – even if these activities have a secondary, health-enhancing benefit. Hence, the general education system is outside the boundaries, but specifically health-related education is included.

---

<sup>311</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 5.

So are actions intended chiefly to improve health indirectly by influencing how non-health systems function for example, actions to increase girls' school enrolment or change the curriculum to make students better future caregivers and consumers of health care.

Os sistemas de saúde têm a responsabilidade não só de melhorar a saúde das pessoas, mas protegê-las contra o custo financeiro de doença e tratá-las com dignidade. Estes sistemas, portanto, têm três objetivos fundamentais: melhorar a saúde da população que servem; responder às expectativas das pessoas; fornecer proteção financeira contra os custos da falta de saúde<sup>312</sup>.

In summary, health systems have a responsibility not just to improve people's health but to protect them against the financial cost of illness – and to treat them with dignity. Health systems thus have three fundamental objectives. These are: improving the health of the population they serve; responding to people's expectations; providing financial protection against the costs of ill-health.

Por estes objetivos nem sempre serem cumpridos, a insatisfação pública, com a forma como os serviços de saúde são geridos ou financiados, é generalizada, com relatos de erros, atrasos, grosseria, hostilidade e indiferença por parte dos profissionais de saúde, negação de atendimento ou exposição a riscos financeiros pelas seguradoras e governos. Considerando a melhoria da saúde ser o objetivo mais importante de um sistema de saúde, e o estado de saúde ser pior nas populações pobres, pode-se supor que, para um país de baixa renda, a melhoria da saúde seja fundamental<sup>313</sup>.

---

<sup>312</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 8.

<sup>313</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 8.

Because these objectives are not always met, public dissatisfaction with the way health services are run or financed is widespread, with accounts of errors, delays, rudeness, hostility and indifference on the part of health workers, and denial of care or exposure to calamitous financial risks by insurers and governments, on a grand scale. Because better health is the most important objective of a health system, and because health status is worse in poor populations, one might assume that for a low income country, improving health is all that matters.

Mesmo sem progresso fundamental na ciência, mudanças atualmente disponíveis são organizadas e entregues, podendo se reverter a propagação de uma epidemia e reduzir o custo para salvar uma vida. Por exemplo, na Amazônia brasileira, maior ênfase na detecção precoce e tratamento de casos epidêmicos de malária, juntamente com esforços mais focados no controle do mosquito, reduziu o custo de salvar uma vida através da prevenção de quase US\$ 13.000 para apenas cerca de \$ 2.000<sup>314</sup>.

Even without progress in fundamental science, changes in the way currently available interventions are organized and delivered can reverse the spread of an epidemic and dramatically reduce the cost of saving a life. For example, in the Brazilian Amazon, greater emphasis on early malaria case detection and treatment, together with more focused efforts on mosquito control, turned around an epidemic and cut the cost of saving a life by case prevention from nearly \$13 000 to only about \$2000.

---

<sup>314</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 9.

Os sistemas de saúde são valiosos e importantes, mas poderiam realizar muito mais com a compreensão dos meios disponíveis para melhorar a saúde. As falhas que limitam o desempenho não resultam, principalmente, da falta de conhecimento, mas de não se aplicar plenamente o que já é conhecido: isto é, a partir de uma visão sistêmica ao invés de falhas técnicas<sup>315</sup>.

So health systems are valuable and important, but they could accomplish much more with the available understanding of how to improve health. The failings which limit performance do not result primarily from lack of knowledge but from not fully applying what is already known: that is, from systemic rather than technical failures. This is true even of most medical errors, because “the problem is not bad people; the problem is that the system needs to be made safer”.

O informe recorre à história da medicina para analisar os sistemas de saúde. Estes existem há muito tempo para proteger a saúde e tratar doenças. Em todo o mundo, as práticas tradicionais à base de ervas curativas, muitas vezes integradas com aconselhamento espiritual, prestando cuidados tanto preventivos, como curativos, há milhares de anos, coexistem com a medicina moderna. Muitas delas ainda são o tratamento de escolha para algumas condições de saúde, ou se recorra a alternativas modernas, porque não são compreendidas ou de confiança, ou demasiadas caras. A medicina tradicional chinesa pode ser rastreada até mais de 3000 anos, e ainda desempenha um papel importante no sistema de saúde chinês, assim como os seus equivalentes igualmente antigos do subcontinente indiano e sistemas semelhantes de crença e prática entre os povos africanos e indígenas americanos. Mas até a modernidade, havia poucas curas para doenças e a prevenção das mesmas era pouco efetiva<sup>316</sup>.

---

<sup>315</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 11.

<sup>316</sup> *Idem.*

Health systems of some sort have existed for as long as people have tried deliberately to protect their health and treat diseases. Throughout the world, traditional practices based on herbal cures, often integrated with spiritual counselling, and providing both preventive and curative care, have existed for thousands of years, and often coexist today with modern medicine. Many of them are still the treatment of choice for some health conditions, or are resorted to because modern alternatives are not understood or trusted, or fail, or are too expensive. Traditional Chinese medicine can be traced back more than 3000 years, and still plays a huge role in the Chinese health system, as do its equally ancient equivalents in the Indian sub-continent and similar systems of belief and practice among indigenous African and American peoples. But until the modern growth of knowledge about disease, there were few cures for ailments and little effective prevention of disease.

Uma saúde melhor é o principal objetivo de um sistema de saúde. Mas como os cuidados de saúde podem ser custosos e a necessidade destes são imprevisíveis. Um segundo objetivo dos sistemas de saúde é a equidade na contribuição financeira. Um terceiro objetivo é capacidade de resposta às expectativas das pessoas em relação às matérias da não-saúde, refletindo na importância de se respeitar a dignidade das pessoas, a autonomia e a confidencialidade das informações<sup>317</sup>.

Better health is unquestionably the primary goal of a health system. But because health care can be catastrophically costly and the need for it unpredictable, mechanisms for sharing risk and providing financial protection are important. A second goal

---

<sup>317</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 21.

of health systems is therefore fairness in financial contribution. A third goal – responsiveness to people’s expectations in regard to non-health matters – reflects the importance of respecting people’s dignity, autonomy and the confidentiality of information.

O sistema de saúde difere de outros sistemas sociais, como a educação, e dos mercados para a maioria dos bens de consumo e serviços, de maneira que fazem as metas de financiamento justas e a capacidade de resposta significativa. Uma delas é que os cuidados de saúde podem ser custosos. Grande parte da necessidade de cuidados é imprevisível, por isso é vital que as pessoas sejam protegidas de ter de escolher entre a ruína financeira e a perda de saúde. Mecanismos de partilha de risco e proteção financeira são mais importantes do que em outros casos, onde as pessoas compram seguros, como os ativos físicos, casas ou veículos, ou contra o risco financeiro para a família de um chefe de família morrer jovem. A outra peculiaridade da saúde é que a própria doença, e assistência médica, podem ameaçar a dignidade das pessoas e sua capacidade de controlar o que acontece com eles mais do que a maioria dos outros eventos a que estão expostos<sup>318</sup>.

The health system differs from other social systems such as education, and from the markets for most consumer goods and services, in two ways which make the goals of fair financing and responsiveness particularly significant. One is that health care can be catastrophically costly. Much of the need for care is unpredictable, so it is vital for people to be protected from having to choose between financial ruin and loss of health. Mechanisms for sharing risk and providing financial protection are more important even than in other cases where people buy insurance, as for physical assets like homes or vehicles, or

---

<sup>318</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 24.



against the financial risk to the family of a breadwinner dying young. The other peculiarity of health is that illness itself, and medical care as well, can threaten people's dignity and their ability to control what happens to them more than most other events to which they are exposed. Among other things, responsiveness means reducing the damage to one's dignity and autonomy, and the fear and shame that sickness often brings with it.

Em países onde a maior parte do financiamento da saúde é privada, geralmente não é uma escolha individual; resulta de milhões de decisões individuais. As decisões orçamentais públicas têm maior efeito nos países de alta renda, onde a maioria do financiamento é controlada pelo governo ou impostas, mas em todos os países é uma das decisões públicas mais básicas<sup>319</sup>.

In countries where most health financing is private, and is largely out of pocket, no one makes this choice overall; it results from millions of individual decisions. As the level of prepayment rises, there are fewer and larger decisions, because spending is more and more determined by the policies and budgets of public entities and insurance funds. The public budget decision has the greatest effect in high income countries where most funding is government controlled or mandated, but in all countries it is one of the most basic public decisions. It is something that can be directly chosen, as the level of health outcome or of responsiveness cannot be.

---

<sup>319</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 26.

A saúde é o objetivo de definição para o sistema de saúde. Isso significa fazer o estado de saúde de toda a população tão bom quanto possível ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas, tendo em conta tanto a mortalidade prematura como a incapacidade<sup>320</sup>.

Health is the defining objective for the health system. This means making the health status of the entire population as good as possible over people's whole life cycle, taking account of both premature mortality and disability.

Abordando as diferenças entre os serviços de saúde com relação à prevenção e atividades clínicas, os autores do informe recorrem à mitologia grega. As questões são tão importantes que já foram abordadas desde a antiguidade na Grécia antiga. No entanto, nos dias atuais ainda permanecem resistências à implantação da promoção à saúde e a prevenção das doenças. Os gregos antigos acreditavam que *Asclepius*, o deus da medicina, tinha duas filhas. Uma, *Hygeia*, responsável pela prevenção, enquanto a outra, *Panacea*, era responsável pela cura. Enquanto algumas atividades preventivas são aplicadas a indivíduos específicos - imunização é o exemplo mais claro - a distinção entre prevenção e cura ou tratamento corresponde praticamente à diferença entre intervenções de saúde pública voltadas para populações inteiras e intervenções clínicas dirigidas a indivíduos. Uma vez que há demanda para este último, mas não pode haver qualquer demanda para o primeiro, uma das principais tarefas de escolha de quais serviços devam ter prioridade é o de equilibrar a saúde pública e atividades clínicas<sup>321</sup>.

The ancient Greeks believed that *Asclepius*, the god of medicine, had two daughters. One, *Hygieia*, was responsible for prevention, while the other, *Panacea*, was responsible for cure. While some preventive activities are applied to specific

---

<sup>320</sup> *Ibidem*, p. 27.

<sup>321</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 07/01/2016. p. 52.

individuals – immunization is the clearest example – the distinction between prevention and cure or treatment corresponds closely to the difference between public health interventions directed to entire populations and clinical interventions directed to individuals. Since there is usually demand for the latter but there may not be any demand for the former, one of the principal tasks in choosing which services should have priority is that of balancing public health and clinical activities.

O dinheiro público é também o principal, se não a única maneira significativa para pagamento de bens públicos, intervenções que os mercados privados não oferecem porque os compradores não podem se apropriar de todos os benefícios, e os não compradores não podem ser excluídos. O mesmo é verdadeiro para os bens públicos. A demanda privada por esses serviços será geralmente inadequada. As intervenções deste tipo são mais importantes no controle de doenças transmissíveis, em que o tratamento de um caso pode prevenir muitos outros e, especialmente, onde é o meio ambiente, em vez de indivíduos identificáveis, que é tratado. Os analistas e aqueles que tomam as decisões também argumentam que essas decisões de alocação de recursos, que afetam todo o sistema de saúde devam levar em conta as preocupações sociais, tais como uma prioridade para o doente seriamente comprometidos, e para promover o bem-estar das gerações futuras<sup>322</sup>.

Public money is also the principal, if not the only significant way to pay for public goods, interventions which private markets will not offer because buyers cannot appropriate all the benefits, and non-buyers cannot be excluded. The same is true for partly public goods with large externalities – that is, spillovers of benefits to non-users. Private demand for such

---

<sup>322</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. 56.

services will generally be inadequate. Interventions of this sort are most important in communicable disease control, where treating one case may prevent many others, and especially where it is the environment, rather than identifiable individuals, that is treated. Analysts and decision-makers also correctly argue that resource allocation decisions affecting the entire health system must take into account social concerns, such as a priority for the seriously ill and for promoting the well-being of future generations.

A definição de prioridades é geralmente considerada um exercício do setor público, nomeadamente no que respeita à utilização adequada da despesa pública ou mandato público. Não importa para este efeito, se a prestação de serviços seja pública ou privada, nem como os provedores são pagos. O que importa é que através de contratos com prestadores privados ou reembolsando-os através de um seguro público, o governo possa assegurar que as suas prioridades sejam respeitadas mesmo quando não fornece os serviços. Na esfera do financiamento privado, voluntário de serviços há geralmente prioridades explícitas: a parte do sistema de saúde responde às exigências em vez de necessidades. É importante levar em consideração o impacto das despesas para as pessoas desfavorecidas devido ao aumento da demanda no setor privado para intervenções que não estão nas realizações públicas<sup>323</sup>.

Priority setting is generally considered a public sector exercise, particularly concerning the proper use of public or publicly mandated expenditure. It does not matter for this purpose whether the delivery of services is public or private, nor how providers are paid. What matters is that by contracting with private providers or reimbursing them through public insurance,

---

<sup>323</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. 61.

the government can assure that its priorities are respected even where it does not provide the services. In the sphere of private, voluntary financing of services there generally are no explicit priorities: that part of the health system responds to demands rather than to needs. It is important to take into consideration the impact of out-of-pocket spending on the poor due to increased demand in the private sector for interventions that are not in the public package. But some priorities can nonetheless be enforced through regulation, as for example by requiring all private insurance policies to include a package of essential services or by limiting the degree to which private providers or insurers can select patients or clients on the basis of risk.

Os serviços podem ser organizados fundamentalmente de três formas diferentes: via burocracias hierárquicas; através de arranjos contratuais de longo prazo sem um grau de controle do mercado e; interações de curto prazo baseada em interações baseadas no mercado entre pacientes e provedores<sup>324</sup>.

Health services can be organized in three fundamentally different ways – via hierarchical bureaucracies, through long-term contractual arrangements under some degree of nonmarket control, and as direct, short-term market-based interactions between patients and providers.

Prestação de cuidados de saúde de forma eficiente exige recursos financeiros para ser devidamente equilibrada entre os diversos insumos utilizados para prestar

---

<sup>324</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. 62.

serviços de saúde. Um grande número de médicos, enfermeiros e outros funcionários acabam sendo inúteis sem instalações adequadamente construídas, equipadas e fornecidas. Os recursos disponíveis devem ser atribuídos em investimentos a novas competências, instalações e equipamentos, e para a manutenção da infraestrutura existente. Além disso, esses equilíbrios devem ser mantidos ao longo do tempo e em diferentes áreas geográficas. Novas opções de investimento devem ser feitas com cuidado para reduzir o risco de desequilíbrios futuros, e a mistura de insumos existente precisa ser monitorada em uma base regular. Orientação política clara e incentivos para os compradores e os fornecedores são necessárias para que se possa adotar práticas eficientes em resposta às necessidades e expectativas de saúde<sup>325</sup>.

Providing health care efficiently requires financial resources to be properly balanced among the many inputs used to deliver health services. Large numbers of physicians, nurses and other staff are useless without adequately built, equipped and supplied facilities. Available resources should be allocated both to investments in new skills, facilities and equipment, and to maintenance of the existing infrastructure. Moreover, these delicate balances must be maintained both over time and across different geographical areas. In practice, imbalances between investment and recurrent expenditures and among the different categories of inputs are frequent, and create barriers to satisfactory performance. New investment choices must be made carefully to reduce the risk of future imbalances, and the existing mix of inputs needs to be monitored on a regular basis. Clear policy guidance and incentives for purchasers and providers are necessary if they are to adopt efficient practices in response to health needs and expectations.

---

<sup>325</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. 73.

Sem o funcionamento de instalações, equipamentos diagnósticos e medicamentos não importam se o conhecimento, habilidades e níveis de pessoal sejam elevados. A prestação de serviços continuará a ser pobre. Uma falta de insumos complementares também terá um impacto negativo sobre a motivação do pessoal, um fator que influencia a capacidade dos recursos humanos. Motivação, no entanto, não depende apenas de condições de trabalho. Incentivos financeiros e de compensação, ou seja, renda e outros benefícios, também são importantes, assim como a gestão global de pessoal e as possibilidades de ascensão profissional<sup>326</sup>.

Without functioning facilities, diagnostic equipment, and medicines, it does not matter if the knowledge, skills and staff levels are high. The delivery of services will still be poor. An lack of complementary inputs will also have a negative impact on staff motivation, a factor that influences the capacity of human resources. Motivation, however, depends not only on working conditions. Financial incentives and compensation, i.e. income and other benefits, are also important, as are the overall management of staff and the possibilities for professional advancement.

### **3.2.1.7. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2001 - Saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças**

El informe de 2001 se centra en el hecho de que la salud mental –desatendida durante demasiado tiempo– es fundamental para el

---

<sup>326</sup> The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. 78.

bienestar general de las personas, las sociedades y los países. En el informe, se propugnan una serie de medidas requeridas urgentemente para acabar con la estigmatización y la discriminación y asegurar la implantación de servicios de prevención y tratamiento eficaces<sup>327</sup>.

Este informe da OMS tem como objetivo conscientizar o público e os profissionais sobre a verdadeira carga e o custo humano, social e econômico que representam os transtornos mentais. Ao mesmo tempo, auxilia a desconstruir os obstáculos, particularmente da estigmatização, discriminação e deficiências dos serviços, que impedem muitos milhões de pessoas do mundo todo a receberem tratamento que necessitam e merecem<sup>328</sup>.

Esta publicación de referencia de la Organización Mundial de la Salud tiene por objeto concienciar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales. Al mismo tiempo, se propone ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios, que impiden que muchos millones de personas de todo el mundo reciban el tratamiento que necesitan y merecen.

A saúde mental é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedade e países. No entanto, o informe apresenta que apenas uma minoria das pessoas com transtornos mentais ou comportamentais se encontra em tratamento.

---

<sup>327</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.

<sup>328</sup> *Ibidem*, p. xi.



Os transtornos mentais e comportamentais são consequência de complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>329</sup>:

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo.

Infelizmente, na maior parte do mundo não se concede à saúde mental a mesma importância dada à saúde física, sendo relegada à indiferença e ao abandono. Apesar de cerca de 450 milhões de pessoas apresentarem transtorno mental ou comportamental, apenas uma minoria recebe tratamento. Nos países em desenvolvimento, a maioria das pessoas com doenças psiquiátricas graves têm que arcar por si só com seus problemas<sup>330</sup>:

Desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la

---

<sup>329</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 1.

<sup>330</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 3.

salud física. Muy al contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono. En parte como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales, y un desfase terapéutico cada vez mayor. Hoy día, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe siquiera el tratamiento más elemental. En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía. En conjunto, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación.

Apesar dos transtornos mentais representarem 12% da morbidade no mundo, para tanto, a maioria dos países gasta menos que 1% dos gastos total na saúde. A relação entre a carga de morbidade e os gastos na saúde é desproporcional. Mais de 40% dos países não dispõem de uma política de saúde mental. Mais de 90% não têm políticas públicas inclusivas de crianças e adolescentes. Frequentemente, os planos de saúde não cobrem transtornos mentais e comportamentais, gerando problemas econômicos aos pacientes e familiares<sup>331</sup>.

Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de

---

<sup>331</sup>ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 3.

una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes. Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias. De este modo, el sufrimiento persiste y los problemas aumentan.

Sabe-se, atualmente, que a maior parte das doenças, tanto psíquicas, como orgânicas, são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os transtornos mentais e comportamentais se localizam no cérebro, afetando pessoas de todas as idades, em todos os países e causando sofrimento tanto às famílias e comunidades, como aos indivíduos. A maior parte dos casos pode ser diagnosticada e tratada de maneira eficaz. Novas esperanças de uma vida plena e produtiva podem ser oferecidas<sup>332</sup>.

Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales Sabemos que los trastornos mentales y del comportamiento asientan en el cerebro. Sabemos que afectan a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos. Sabemos también que en la mayor parte de los casos pueden diagnosticarse y tratarse de manera eficaz con relación al costo. El conjunto de nuestros conocimientos permite ofrecer a las personas con trastornos mentales o del comportamiento nuevas esperanzas de una vida plena y productiva en sus propias comunidades.

---

<sup>332</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 4.

A figura abaixo apresentada no informe mostra a interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no aparecimento dos transtornos mentais<sup>333</sup>.

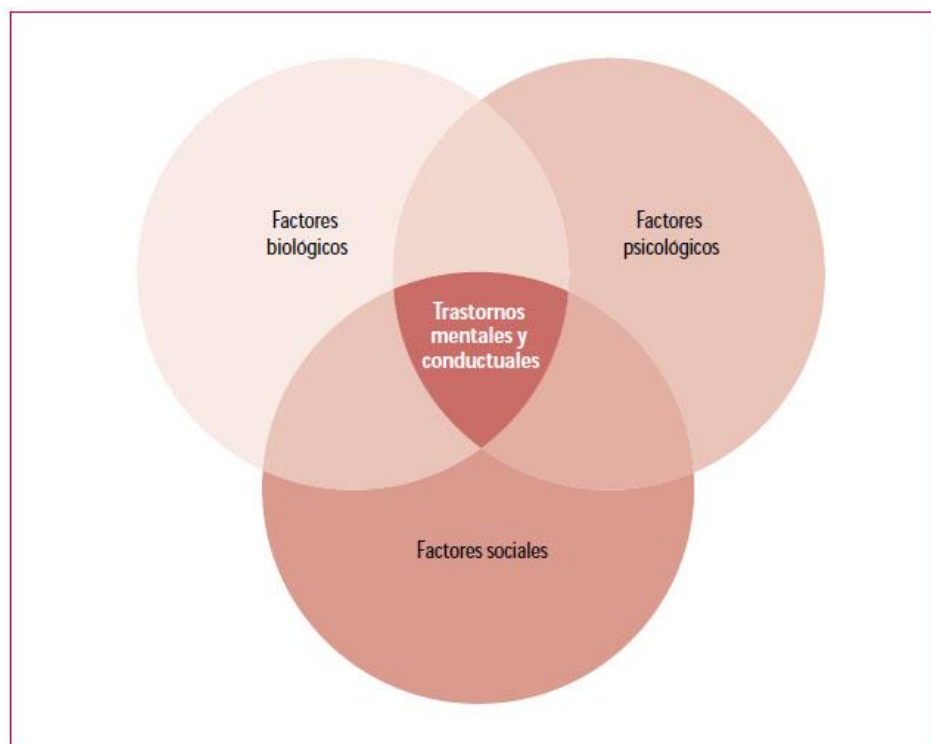


Figura 2 - Interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais na expressão dos transtornos mentais e comportamentais.

O informe expõe que os governos são tão responsáveis pela saúde mental dos seus cidadãos, como de sua saúde física. Deixa-se muito claro que os hospitais psiquiátricos devem ser fechados, substituindo-se por uma atenção comunitária bem organizada e por leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Os dias em que se internavam

---

<sup>333</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 4.

peessoas com transtornos mentais ou comportamentais em lugares lúgubres semelhantes a cárceres devem terminar<sup>334</sup>:

El informe expone con claridad que los gobiernos son tan responsables de la salud mental de sus ciudadanos como de su salud física. Uno de los mensajes fundamentales a los gobiernos es que los hospitales psiquiátricos, allí donde todavía existen, deben cerrarse y sustituirse por una atención comunitaria bien organizada y por camas de psiquiatría en hospitales generales. Los días en los que se internaba a las personas con trastornos mentales o del comportamiento en lúgubres instituciones psiquiátricas de aspecto carcelario deben terminar.

As distintas culturas têm definido de formas diversas a saúde mental, conceito que abrange, entre outros aspectos, o bem-estar subjetivo, a percepção da própria eficácia, a autonomia, a competência, a dependência inter geracional e a auto realização das capacidades intelectuais e emocionais. Numa perspectiva transcultural é impossível uma definição completa de saúde mental. Admite-se, no entanto, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais<sup>335</sup>.

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud

---

<sup>334</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 4.

<sup>335</sup> *Ibidem*, p. 5.

mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

O informe de 2001 foi publicado num momento importante da história da neurociência. Este é o ramo das ciências em que se estuda anatomia, fisiologia, bioquímica, biologia molecular do sistema nervoso, especialmente relacionado ao comportamento e à aprendizagem. Os avanços da biologia molecular possibilitam uma ampliação da visão dos neurônios<sup>336</sup>.

*El Informe sobre la salud en el mundo 2001 se publica en un momento apasionante de la historia de la neurociencia. Ésta es la rama de la ciencia que estudia la anatomía, la fisiología, la bioquímica y la biología molecular del sistema nervioso, especialmente en lo relativo al comportamiento y el aprendizaje. Los espectaculares avances en biología molecular están aportando una visión más completa de las unidades estructurales de las células nerviosas (neuronas). Estos avances seguirán proporcionando información esencial para el análisis genético de las enfermedades humanas, y ayudarán al desarrollo de nuevas estrategias para el descubrimiento de tratamientos.*

No informe se coloca que não apenas se tem avançado na compreensão do funcionamento da mente, mas também no conhecimento da influência na saúde física. A ciência moderna está descobrindo não ter sentido a divisão entre saúde mental e física. Na maioria das doenças mentais e orgânicas influenciam uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. É reconhecida a repercussão dos pensamentos, dos

---

<sup>336</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 5.

sentimientos e do comportamento sobre a saúde física. No inverso, também se reconhece a influência desta sobre a saúde mental e comportamental<sup>337</sup>.

No sólo se ha avanzado en la comprensión del funcionamiento de la mente, sino también en el conocimiento de la influencia de estas funciones en la salud física. La ciencia moderna está descubriendo que, si bien para debatir sobre la cuestión resulta práctico distinguir entre salud mental y salud física, esa división no deja de ser una ficción creada por el lenguaje. Se considera que en la mayoría de las enfermedades “mentales” y “orgánicas” influye una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se reconoce además la importante repercusión de los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento sobre la salud física. A la inversa, se reconoce también la influencia de ésta sobre la salud mental y el bienestar.

A medicina comportamental é uma extensa área interdisciplinar que integra os conhecimentos das ciências comportamentais, psicossociais e biomédicas de interesse para compreender a saúde e a doença. Nos últimos 20 anos, a medicina comportamental agrupou dados que demonstram uma íntima conexão existente entre saúde mental e saúde física<sup>338</sup>.

La medicina conductual es una extensa área interdisciplinar que integra los conocimientos de las ciencias conductuales, psicossociales y biomédicas de interés para comprender la salud y la enfermedad. A lo largo de los últimos 20 años, la medicina

---

<sup>337</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 7,8.

<sup>338</sup> *Ibidem*, p. 8.

conductual ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y la salud física.

Apresentado a partir da via fisiológica no modelo de saúde integrado e baseado em provas científicas, a saúde mental, incluindo os modos de pensamento e as emoções, apresenta-se como um importante determinante da saúde geral. A ansiedade e a depressão, por exemplo, iniciam uma cadeia de alterações de funções endócrinas e imunitárias, e aumentam a propensão a diversas enfermidades orgânicas<sup>339</sup>.

En un modelo de salud integrado y basado en pruebas científicas, la salud mental (incluidos los modos de pensamiento y las emociones) se perfila como un determinante clave de la salud general. La ansiedad y la depresión, por ejemplo, ponen en marcha una cadena de alteraciones de las funciones endocrinas e inmunitarias, y aumentan la propensión a diversas enfermedades orgánicas.

Pelo papel que o comportamento desempenha no estado de saúde geral, torna-se importante conhecer seus determinantes. As enfermidades não transmissíveis, como as cardiopatias e o câncer, muitas delas estão estreitamente ligadas a comportamentos não saudáveis, como o consumo de álcool e tabaco, má alimentação e vida sedentária. O comportamento na saúde é também um determinante fundamental na propagação de doenças transmissíveis como a SIDA, através de práticas sexuais de risco e do uso compartilhado de seringas. Muitas doenças poderiam ser prevenidas mediante comportamentos saudáveis<sup>340</sup>.

---

<sup>339</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 9.

<sup>340</sup> *Idem.*



Debido al papel que el comportamiento en materia de salud desempeña en la conformación del estado de salud general, es importante conocer sus determinantes. Las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías y el cáncer, se cobran en todo el mundo un tributo enorme en vidas y salud. Muchas de ellas están estrechamente ligadas a comportamientos no saludables, como el consumo de alcohol y tabaco, la mala alimentación y la vida sedentaria. El comportamiento en materia de salud es también un determinante fundamental de la propagación de enfermedades transmisibles como el SIDA, a través de prácticas sexuales de riesgo y del uso compartido de jeringuillas. Muchas enfermedades podrían prevenirse mediante comportamientos saludables.

A promoção de boa saúde mental em todos os membros da sociedade é o objetivo, embora haja muito a se aprender para alcançar este objetivo. No entanto, dispõe-se de intervenções eficazes para diversos problemas psíquicos. Devido ao grande número de pessoas com transtornos mentais e comportamentais que nunca receberam tratamento, este informe se centra nestes transtornos e não no sentido mais amplo de saúde mental<sup>341</sup>.

La promoción de una buena salud mental en todos los miembros de la sociedad es, sin duda, un objetivo importante, pero todavía queda mucho por aprender acerca de cómo lograr este objetivo. A la inversa, disponemos hoy día de intervenciones eficaces para diversos problemas psíquicos. Debido al gran número de personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento, muchas de las cuales no reciben nunca tratamiento, y a la carga que se deriva de estas enfermedades no

---

<sup>341</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 10.

tratadas, el presente informe se centra en los trastornos mentales y del comportamiento, no en el concepto más amplio de salud mental.

Atualmente, as provas científicas indicam que os transtornos são consequência da soma de influências genéticas e ambientais, isto é, da interação das características biológicas com fatores psicológicos e sociais<sup>342</sup>.

Hoy día, las pruebas científicas indican que dichos trastornos son consecuencia de la *suma de influencias genéticas y ambientales*, esto es, de la interacción de las características biológicas con factores psicológicos y sociales. El cerebro no se limita a reflejar el desarrollo determinista de complejos programas genéticos, ni el comportamiento humano es sólo el resultado de un determinismo ambiental. Antes del nacimiento y a lo largo de la vida, los genes y el entorno intervienen en un conjunto de interacciones inextricables que son esenciales para la aparición y el curso de los trastornos mentales y del comportamiento.

Quanto aos fatores biológicos, tem-se observado uma relação entre diversos transtornos e a existência de alterações na comunicação neuronal em determinados circuitos<sup>343</sup>. Os fatores psicológicos individuais guardam também relação com a manifestação dos transtornos mentais e comportamentais. No século XX, ficou evidente uma concepção atual da importância decisiva das relações com os pais e outros cuidadores durante a infância. Os cuidados afetuosos, atentos e estáveis possibilitam o desenvolvimento de funções como linguagem, intelecto e controle das emoções. O

---

<sup>342</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acceso em 28/12/2015. p. 10.

<sup>343</sup> *Ibidem*, p. 11.

desenvolvimento pode ser afetado quando o cuidador sofre problemas de saúde mental ou outras doenças, ou morre. As crianças podem se ver separadas de seus cuidadores pela pobreza, guerra e o deslocamento das populações<sup>344</sup>.

Se ha observado una relación entre diversos trastornos de ese tipo y la existencia de alteraciones de la comunicación neuronal en determinados circuitos. Los factores psicológicos individuales guardan también relación con la aparición de trastornos mentales y del comportamiento. A lo largo del siglo XX, un hallazgo fundamental ha conformado nuestra concepción actual: la importancia decisiva de las relaciones con los padres y otros cuidadores durante la infancia. Los cuidados afectuosos, atentos y estables permiten a los lactantes y a los niños pequeños desarrollar con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones. Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece. Los niños pueden verse separados de sus cuidadores por la pobreza, la guerra o el desplazamiento de poblaciones.

Tem-se relacionado transtornos mentais e comportamentais com os fatores sociais, como urbanização, pobreza e evolução tecnológica, embora não existam razões para se afirmar que a repercussão das mudanças sociais sobre a saúde mental seja igual em todos os segmentos sociais. Geralmente, as mudanças têm efeitos distintos em função da situação econômica, sexo, raça e características étnicas<sup>345</sup>.

---

<sup>344</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:< [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 12.

<sup>345</sup> *Ibidem*, p. 13.

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada. Por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas.

A relação entre pobreza e saúde mental é complexa e multidimensional, como mostra a figura 3 apresentada no informe<sup>346</sup>.

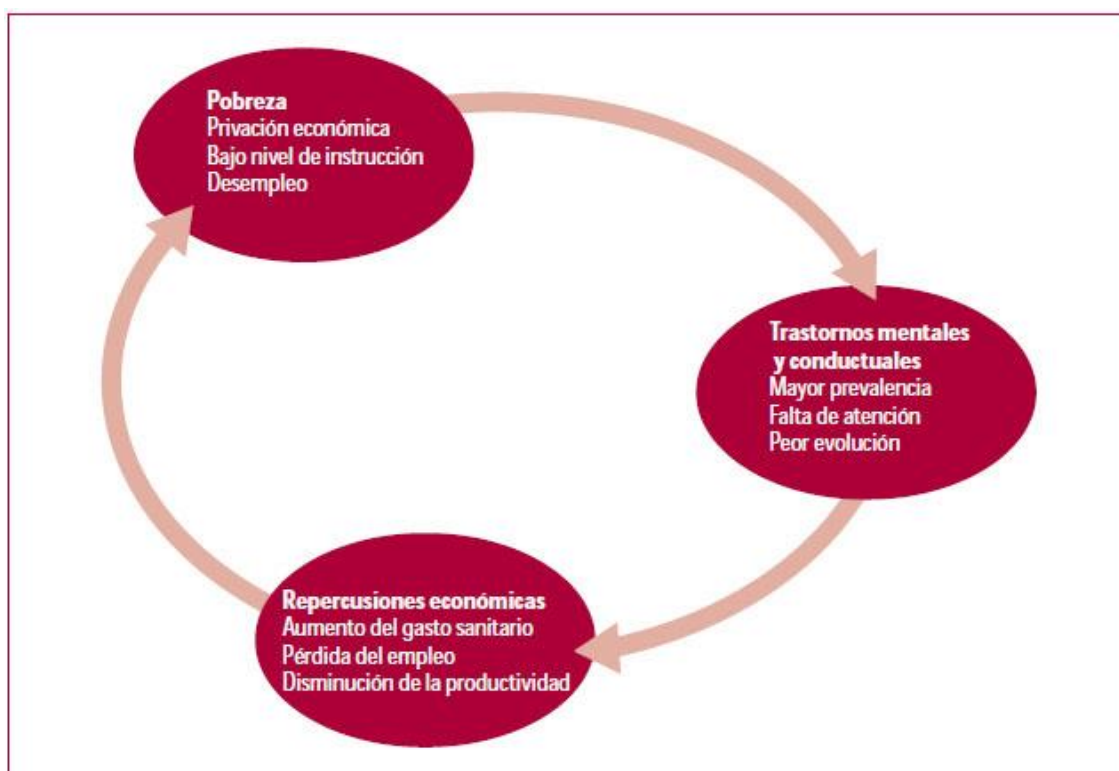


Figura 3 - Relação multidimensional entre pobreza e saúde mental.

<sup>346</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:< [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 13, 14.

A pobreza consiste na carência de dinheiro ou posses materiais. Em termos mais amplos, a pobreza pode ser entendida como insuficiência de meios, o que se entende por falta de recursos sociais ou educativos. Entre as vítimas da pobreza é maior a prevalência de transtornos mentais e comportamentais.

Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos. Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso de sustancias psicotrópicas. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza.

Existem provas de que a evolução dos transtornos mentais e comportamentais está determinada por situações socioeconômicas do indivíduo, resultando de carências generalizadas de serviços de saúde mental, juntamente com impedimentos ao acesso da assistência médica<sup>347</sup>.

---

<sup>347</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015. p. 14.

Existen también pruebas de que la *evolución* de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Puede ser el resultado de una carencia general de servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad.

No informe, apresenta-se que a saúde mental pode ser vista por uma perspectiva da saúde pública para reduzir o peso dos transtornos mentais. Propõe-se formulações de políticas públicas para melhorar a saúde mental das populações, assegurar o acesso da população aos serviços, promover e prevenir a saúde mental, assegurar assistência e proteger os direitos humanos dos pacientes internados, avaliar e supervisionar a saúde mental de comunidades, em particular de populações vulneráveis, promover estilos de vida saudáveis e reduzir riscos de transtornos mentais e comportamentais; apoiar a estabilidade familiar, a coesão social e o desenvolvimento humano; impulsionar pesquisas sobre estes transtornos, incluindo tratamento e serviços<sup>348</sup>.

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales:

- formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones;
- asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención;

---

<sup>348</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acceso em 28/12/2015. p. 16, 17.

- asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves;
- evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos;
- promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social;
- apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano;
- impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

O informe aborda a importância do comprometimento da saúde no panorama mundial, ressaltando que 25% da população em algum momento apresentará algum transtorno mental. Além disso, ao redor de 20% dos pacientes atendidos na atenção primária apresentam um ou mais transtornos mentais<sup>349</sup>.

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las

---

<sup>349</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 9.

familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente. Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales.

Os transtornos mentais comprometem pessoas em qualquer local, gênero, idade ou classe social. Ao contrário da crença anterior, não apresenta maior prevalência em países industrializados em relação a países rurais e não desenvolvidos. Logo, são condições que vêm a agravar as condições locais e regionais, onde prevalecem ainda doenças primárias, como as infecciosas<sup>350</sup>.

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres, ya sean ricos o pobres, residentes en zonas urbanas o rurales. La idea de que los trastornos mentales son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo es completamente errónea. Es también incorrecta la creencia de que las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos mentales.

Os diagnósticos mais frequentes nos centros de atendimento da atenção primária são os transtornos de depressão e ansiedade<sup>351</sup>.

Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad, así como

---

<sup>350</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 23.

<sup>351</sup> *Ibidem*, p. 23, 24.



los debidos al consumo de sustancias. Se presentan en solitario o asociados a uno o más trastornos orgánicos. Entre los países desarrollados y en desarrollo, las diferencias en la prevalencia no son uniformes.

Na figura abaixo, o informe apresenta a prevalência de transtornos psiquiátricos graves, atendidos na Atenção primária<sup>352</sup>.

Tabela 1 - Prevalência de transtornos psiquiátricos graves na atenção primária.

Ciudades	Depresión a la sazón (%)	Ansiedad generalizada (%)	Dependencia del alcohol (%)	Todos los trastornos mentales (según la CIDI <sup>a</sup> ) (%)
Ankara (Turquía)	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas (Grecia)	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore (India)	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlín (Alemania)	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen (Países Bajos)	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan (Nigeria)	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz (Alemania)	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester (Reino Unido)	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki (Japón)	2,6	5,0	3,7	9,4
París (Francia)	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio de Janeiro (Brasil)	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago (Chile)	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle (Estados Unidos)	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai (China)	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona (Italia)	4,7	3,7	0,5	9,8
<b>Total</b>	<b>10,4</b>	<b>7,9</b>	<b>2,7</b>	<b>24,0</b>

<sup>a</sup> CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

Fuente: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Östön TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.

<sup>352</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 24.

O informe aborda as violações de direitos humanos observadas, em especial nos hospitais psiquiátricos, considerando que as condições de vida nestes hospitais deixam muito a desejar, o que geram as violações de direitos humanos em cronicidade<sup>353</sup>.

Por el contrario, la atención comunitaria persigue la habilitación de las personas con trastornos mentales y conductuales. En la práctica, la atención comunitaria implica desarrollar una amplia gama de servicios de ámbito local. El objetivo de ese proceso, que en muchas regiones y países todavía no se ha iniciado, es asegurar que algunas de las funciones protectoras del manicomio sean íntegramente asumidas por la comunidad, e impedir que se perpetúen los aspectos negativos de las instituciones.

Um marco importante para a revisão da abordagem da saúde mental é a Declaração de Caracas. A mesma foi apresentada no informe, como pode ser observada no quadro abaixo<sup>354</sup>:

---

<sup>353</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 50.

<sup>354</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 52.

### Quadro 3– Declaração de Caracas.

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud, ...

#### DECLARAN:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
  - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles;
  - b) basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados; y
  - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
  - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales; y
  - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.
5. Que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual, instan: a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

<sup>1</sup> Extracto del texto adoptado el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada en Caracas (Venezuela) por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas, *International Digest of Health Legislation – Recueil international de Legislation sanitaire*, 1991, 42(2):336–338.

O movimento de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico é colocado como opção para evitar essas violações de direitos humanos, possibilitando assim, a vivência de uma vida digna de ser vivida. Ao mesmo tempo, o informe coloca que medidas devem ser tomadas além de simplesmente a eliminação dos hospitais psiquiátricos<sup>355</sup>.

La evidencia acumulada de las deficiencias del hospital psiquiátrico, unida a la aparición del «institucionalismo», esto es, de discapacidades surgidas como consecuencia del aislamiento social y la atención institucional en manicomios apartados, dio origen al movimiento de desinstitucionalización. Aunque la desinstitucionalización es una parte importante de la reforma de la atención de salud mental, no es sinónimo de deshospitización. La desinstitucionalización es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de

<sup>355</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acceso em 29/12/2015. p. 50, 51.

alternativas comunitarias. Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas. Un proceso de desinstitucionalización correcto tiene tres componentes esenciales: – la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios; – el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados; – el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.

A moradia, além de se constituir um direito humano, é, em muitos lugares, o fator limitante do processo de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica. Toda pessoa necessita de uma moradia decente. A necessidade de leitos psiquiátricos para estes indivíduos com transtornos mentais está fora de discussão, como apresentado no trecho abaixo<sup>356</sup>:

Hay determinados trastornos mentales que hacen inevitable el uso de camas en dos circunstancias: en primer lugar, en la fase aguda, y en segundo lugar, durante la convalecencia o el estadio crónico irreversible en el que se encuentran algunos pacientes.

---

<sup>356</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 63.

O informe apresenta as intervenções no manejo de transtornos mentais e comportamentais, propostas por Leavell & Clark, em 1965, mostrando uma relação com os conceitos de prevenção primária, secundária e terciária<sup>357</sup>:

Las intervenciones para el manejo de trastornos mentales y conductuales se pueden clasificar en tres categorías principales: prevención, tratamiento y rehabilitación. Estas categorías corresponden aproximadamente a los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria

- La *prevención* (prevención primaria o protección específica) comprende las medidas aplicables a una determinada enfermedad o grupo de enfermedades para atajar sus causas antes de que afecten a la persona; en otras palabras, para evitar que se produzca la afección.

- El *tratamiento* (prevención secundaria) comprende las medidas encaminadas a detener un proceso patológico ya iniciado, a fin de prevenir ulteriores complicaciones y secuelas, limitar la discapacidad y evitar la muerte.

- La *rehabilitación* (prevención terciaria) comprende medidas dirigidas a personas discapacitadas para restablecer su situación anterior o maximizar el empleo de las capacidades que conservan. Abarca tanto intervenciones a nivel individual como modificaciones del entorno.

Com relação às políticas públicas e prestação de serviços para saúde mental, o informe propõe as seguintes recomendações<sup>358</sup>:

---

<sup>357</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 64.

<sup>358</sup> *Ibidem*, p. 75.

En su calidad de responsables últimos de la salud mental, y en el marco de los sistemas de salud y las formas de financiamiento generales, los gobiernos deben definir políticas que protejan y mejoren la salud mental de la población. En lo que atañe al financiamiento, debe protegerse a la población frente a los riesgos financieros catastróficos; la población sana debe contribuir a costear los gastos de la población enferma, y los más favorecidos deben contribuir a costear los gastos de los pobres. La política de salud mental debe reforzarse mediante políticas coherentes en materia de alcohol y drogas y mediante servicios sociales como la vivienda. Las políticas deben elaborarse con la participación de todos los interesados directos y deben basarse en información fidedigna. Esas políticas deben garantizar el respeto de los derechos humanos y tener en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables. Hay que desplazar gradualmente la asistencia desde los grandes hospitales psiquiátricos hasta servicios comunitarios que estén integrados en los servicios de salud generales. Es preciso disponer de fármacos psicotrópicos y adiestrar al personal de salud necesario. Los medios de información y las campañas de sensibilización del público pueden ser eficaces para reducir la estigmatización y la discriminación. Las organizaciones no gubernamentales y los grupos de consumidores también deben recibir apoyo, pues pueden ser fundamentales para mejorar la calidad de los servicios y la actitud del público. Se necesitan más investigaciones para mejorar las políticas y los servicios, en particular para tener en cuenta las diferencias culturales.

Fica clara a temática dos direitos humanos, quando se propõe que essas políticas devam garantir o respeito aos direitos humanos e levar em conta as necessidades dos grupos vulneráveis.

Nas políticas públicas de saúde é preciso considerar, em especial, a política de saúde mental e as políticas relacionadas a álcool e drogas e, uma razão para não se

desdenhar os muitos que são estigmatizados e sofrem violações de direitos humanos por serem afetados pelos transtornos mentais e comportamentais, assim como se levar em conta a necessidade de uma moradia adequada ou ajuda econômica<sup>359</sup>.

Especificamente com relação aos direitos humanos, o informe assim se manifesta<sup>360</sup>:

Las políticas y los programas en materia de salud mental deben promover los siguientes derechos: igualdad y no discriminación; derecho a la privacidad; autonomía individual; integridad física; derecho a la información y la participación; y libertad de culto, reunión y circulación.

Los instrumentos de derechos humanos también exigen que en toda planificación o elaboración de políticas o programas de salud mental se haga participar a los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y tribales, las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas, los trabajadores migrantes; los refugiados y los apátridas, los niños y los adolescentes, y los ancianos.

Pode se ver claramente uma visão de direitos humanos, mas a partir de uma teoria universalista, *jus naturalista*.

### **3.2.1.8. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2002 - Reduzir os riscos e promover uma vida sã**

---

<sup>359</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible em:< [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 80.

<sup>360</sup> *Ibidem*, p. 83.

El informe de 2002 describe la parte de la carga mundial de morbilidad, discapacidad y mortalidad actual que se puede atribuir a un número seleccionado de riesgos más importantes para la salud humana. En él se indica asimismo qué proporción de esa carga se podría reducir en los próximos 20 años mediante la atenuación de esos factores de riesgo<sup>361</sup>.

Este informe aborda com muitos detalhes os fatores de risco para saúde. Já no início do mesmo, define risco como a probabilidade de um resultado adverso, ou um fator que aumenta essa probabilidade. Para proteger a população e ajudá-la a se proteger, os governos necessitam poder avaliar os riscos e eleger as intervenções mais eficazes e exequíveis para evitar a produção destes riscos. Consumos tais como, alimentos, álcool e tabaco, estão criando em todo mundo uma “transição de riscos”. Certos problemas como o câncer, as cardiopatias, os acidentes cerebrovasculares e o diabetes, estão cada vez mais prevalentes. Esta tendência é particularmente grave em muitos países em desenvolvimento, que seguem enfrentados os problemas tradicionais derivados da pobreza como a desnutrição e as doenças infecciosas<sup>362</sup>.

A vulnerabilidade daqueles de classe econômica desfavorecida fica clara na colocação do informe, quando se apresenta que os pobres estão mais vulneráveis aos diversos fatores de riscos, como se observa na citação abaixo<sup>363</sup>:

En todos los lugares, las personas están expuestas a lo largo de su vida a una serie prácticamente ilimitada de riesgos para su salud, en forma de enfermedades transmisibles o no

---

<sup>361</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 02/11/2015.

<sup>362</sup> *Ibidem*, p. 1.

<sup>363</sup> *Ibidem*, p. 2.



transmisibles, traumatismos, productos de consumo, actos violentos o catástrofes naturales. A veces son poblaciones enteras las que están en peligro; otras veces, sólo una persona. La mayoría de los riesgos se concentran en torno a los pobres.

A avaliação de riscos é definida no informe como “um critério sistemático para estimar a carga de morbilidad e de traumatismos devido a riscos distintos”. Envolve, portanto, determinação, quantificação e caracterização das ameaças à saúde humana. A atividade é fundamentalmente política, além de científica, pois engloba a percepção pública do risco ao incorporar aspectos relacionados com os valores, os processos, o poder e a confiança<sup>364</sup>.

En el presente informe, se define la evaluación de riesgos como “*un criterio sistemático para estimar la carga de morbilidad y de traumatismos debida a distintos riesgos*”. Entraña la determinación, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana. La evaluación de los riesgos puede proporcionar una valiosísima imagen global de los papeles relativos que desempeñan los distintos riesgos para la salud; puede poner de manifiesto el potencial de beneficios para la salud al centrarse en esos riesgos y puede contribuir en la preparación de planes para la investigación y la acción de política. La actividad más amplia del análisis de riesgos es una actividad política además de científica y abarca la percepción pública del riesgo, al incorporar aspectos relacionados con los valores, los procesos, el poder y la confianza.

O informe mostra que muitos riscos para a saúde têm sido reduzidos nos últimos 100 anos, em grande parte pelos avanços da saúde pública e da medicina e que os

---

<sup>364</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 4.

governos tiveram um papel fundamental na proteção e melhoria da saúde de suas populações<sup>365</sup>. Podemos lembrar os conceitos de biopoder e biopolítica, formulada na teoria de Michel Foucault, como apresentado no capítulo 2 desta tese, nesta mudança observada no informe.

En sentido amplio, muchos riesgos para la salud ya han sido reducidos, por supuesto, y algunos, como la viruela, han sido eliminados o erradicados. Gran parte del mérito debe atribuirse a los grandes avances realizados por la salud pública y la medicina durante el último siglo. Buenos ejemplos de ello son las mejoras en el agua de bebida y el saneamiento, el desarrollo de los sistemas de salud nacionales, la introducción de los antibióticos, la inmunización masiva contra los agentes causantes de enfermedades infecciosas y, más recientemente, la mejora de la nutrición. Los gobiernos, particularmente en los últimos 100 años, han desempeñado un papel primordial en la protección y la mejora de la salud de sus poblaciones.

A globalização como fator de propagação e aceleração da transição dos riscos é apresentada no informe. Produtos e hábitos de vida importados ou imitados de outros países levam a que os riscos denominados “riscos ocidentais” passam a ser “riscos mundiais”, trazendo grande instabilidade para a saúde dos países em desenvolvimento<sup>366</sup>.

A pesar de todo, a medida que la globalización se extiende a sociedades de todo el mundo, la transición de los riesgos parece estar acelerándose. Hoy en día, más personas que en ninguna

---

<sup>365</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 4.

<sup>366</sup> *Ibidem*, p. 5.

otra época están expuestas a productos y hábitos de vida importados o imitados de otros países que, a largo plazo, entrañan graves riesgos para su salud. En realidad, los denominados riesgos “occidentales” ya no existen como tales. Sólo hay riesgos mundiales, y riesgos a los que se enfrentan los países en desarrollo.

A empresas multinacionais de tabaco, álcool e alguns alimentos elaborados, com objetivo de ampliar seus mercados em expansão para mercados de países pobres, possibilita a chegada de fatores de riscos antes ausentes. O mesmo ocorre com relação a políticas agrícolas e comerciais influenciando na alimentação diária, bem como o sedentarismo, consequente ao tipo de trabalho, à televisão e ao uso do computador<sup>367</sup>.

Cada vez más, el tabaco, el alcohol y algunos alimentos elaborados son comercializados a escala mundial por empresas multinacionales, cuyos principales objetivos de expansión son los países de ingresos bajos y medianos. Los cambios en la elaboración y producción de alimentos y en las políticas agrícolas y comerciales han influido en la alimentación diaria de cientos de millones de personas. Al mismo tiempo, los cambios en los hábitos de vida y de trabajo han llevado a una disminución de la actividad física y el trabajo físico. La televisión y la computadora son dos razones evidentes de que la población pase muchas más horas al día sentada y relativamente inactiva que la generación anterior. El consumo de tabaco, alcohol y alimentos elaborados o «rápidos» encaja con facilidad en ese tipo de vida.

---

<sup>367</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 5.

Essas mudanças de hábitos de consumo e de vida, juntamente com o envelhecimento, vão aumentando a importância de doenças, como o câncer, as cardiopatias, os acidentes cerebrovasculares, a doença mental e o diabetes, e obesidade. Os países ingressantes têm essas doenças, além dos problemas tradicionais da pobreza, como a desnutrição e doenças infecciosas<sup>368</sup>.

Esos cambios en los hábitos de consumo y de vida, junto con el envejecimiento de la población mundial, van asociados a un aumento de la importancia de enfermedades como el cáncer, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad mental y la diabetes y otras afecciones vinculadas a la obesidad. Ya corrientes en los países industrializados, ahora tienen inquietantes repercusiones para muchos países de ingresos bajos y medianos que, al mismo tiempo, siguen enfrentados a los problemas tradicionales de la pobreza, como la desnutrición y las enfermedades infecciosas.

Os riscos não se apresentam de forma isolada e, portanto, deve se levantar em conta, tanto as causas imediatas, como as tardias das doenças. As estratégias orientadas à população se propõem adquirir um comportamento saudável como norma para redução dos riscos aos seus membros<sup>369</sup>.

Esos riesgos no se presentan de manera aislada, razón por la cual hay que tener en cuenta las causas tanto inmediatas como lejanas de los resultados sanitarios adversos. Las estrategias orientadas a la población entera se proponen lograr que el

---

<sup>368</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 5.

<sup>369</sup> *Ibidem*, p. 9.

comportamiento saludable sea la norma, reduciéndose así los riesgos para todos sus miembros.

No quadro 2.1 do informe os autores sumarizam as principais definições de riscos<sup>370</sup>:

#### Quadro 4 - Definições de riscos em saúde.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo puede denotar una probabilidad, por ejemplo la respuesta a la pregunta «¿cuál es el riesgo de contraer el VIH/SIDA a través de una aguja contaminada?»</li> <li>• Riesgo puede denotar un factor que aumenta la probabilidad de un resultado adverso. Por ejemplo, entre los principales riesgos para la salud del niño figuran la malnutrición, el agua insalubre y la contaminación del aire de interiores.</li> <li>• Riesgo puede denotar una consecuencia. Por ejemplo, ¿qué riesgo se corre manejando un vehículo en estado de embriaguez? (respuesta: una colisión).</li> <li>• Riesgo puede denotar una adversidad o amenaza potencial. Por ejemplo, ¿es arriesgado circular en motocicleta?</li> </ul> <p>En este informe se utilizan los dos primeros significados. El riesgo se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad. A continuación se exponen otras definiciones importantes relacionadas con el riesgo.</p> <p>Fuentes: (1, 2).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prevalencia del riesgo:</b> proporción de la población que está expuesta a un determinado riesgo. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de tabaco podría ser del 25% en una población dada.</li> <li>• <b>Riesgo relativo:</b> probabilidad de un resultado sanitario adverso en las personas expuestas a un riesgo determinado, en comparación con las personas no expuestas. Por ejemplo, si las personas que fuman durante cierto periodo tienen, como promedio, una probabilidad 15 veces mayor de contraer cáncer de pulmón que las que no fuman, su riesgo relativo es de 15.</li> <li>• <b>Peligro:</b> una propiedad inherente, por ejemplo de una sustancia química, que encierra un potencial de nocividad.</li> <li>• <b>Riesgo atribuible poblacional:</b> proporción de una enfermedad existente en una población que puede atribuirse a un riesgo particular para la salud.</li> <li>• <b>Carga atribuible:</b> proporción de la carga actual de morbilidad o traumatismos debida a una exposición anterior.</li> <li>• <b>Carga evitable:</b> proporción de la carga futura de morbilidad o traumatismos que puede evitarse si se reducen los niveles de exposición actuales y futuros hasta los descritos mediante una distribución alternativa o contrafactual.</li> </ul>
--	---

Assim, risco pode denotar uma probabilidade, um fator que aumenta a probabilidade de um resultado adverso, uma consequência, uma adversidade ou ameaça em potencial. Risco é definido como uma probabilidade de um resultado sanitário adverso ou um fator que aumenta essa probabilidade.

Quanto as outras definições apresentadas no quadro temos:

- Prevalência de risco: proporção da população que está exposta a um determinado risco.

- Risco relativo: probabilidade de um resultado sanitário adverso nas pessoas expostas a um risco determinado, em comparação com as pessoas não expostas.

<sup>370</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 12.

- Perigo: uma propriedade inerente, por exemplo de uma substância química, que tem um potencial de nocivo.

- Risco atribuível populacional: proporção de uma doença existente numa população que pode se atribuir a um risco particular para a saúde.

- Carga atribuível: proporção da carga atual de morbidade ou traumatismos devido a uma exposição anterior.

- Carga evitável: proporção da carga futura de morbidade ou traumatismos que pode se evitar reduzindo os níveis de exposições atuais e futuras até os descritos mediante uma distribuição alternativa ou contra fatural.

O informe propõe que o ideal seria avaliar o impacto de cada fator de risco com uma unidade de medida que leve em conta a perda da qualidade de vida, além da perda de anos de vida. A principal medida utilizada nesta avaliação é a AVAD (ano de vida ajustado em função da incapacidade): um AVAD equivale a perda de um ano de vida com saúde<sup>371</sup>.

Nem todos os fatores que influenciam no risco de doenças ou traumatismo são prejudiciais. Em condições ideais, a avaliação de um risco deve incluir uma gama de fatores, tanto de proteção, como de dano<sup>372</sup>. Um conjunto cada vez maior de dados de culturas distintas indica que existem diversos fatores psicológicos, sociais e comportamentais que protegem a saúde na adolescência e posteriormente. Essa proteção facilita a resistência às doenças, reduz ao mínimo as incapacidades ou retarda seu aparecimento e promove uma recuperação mais rápida do doente<sup>373</sup>.

No quadro abaixo do informe são apresentados os principais fatores de proteção para a saúde física e mental, como pensamentos positivos e objetivos de vida, integração social, relações equilibradas entre pais e filhos, cônjuges, empregadores e

---

<sup>371</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 14.

<sup>372</sup> *Ibidem*, p. 15.

<sup>373</sup> *Idem*.



empregados, sendo estes fundamentais para diminuir os riscos de doenças e incapacidades<sup>374</sup>.

#### Quadro 5 - Principais fatores de proteção para a saúde física e mental.

<p>Un conjunto cada vez mayor de datos de distintas culturas indica que hay diversos factores psicológicos, sociales y conductuales que protegen la salud en la adolescencia y más adelante. Esa protección facilita la resistencia a las enfermedades, reduce al mínimo las discapacidades o retrasa su aparición y promueve una recuperación más rápida de la persona enferma.</p> <p>Entre los factores psicosociales que se han vinculado a la protección de la salud en el adulto figuran los siguientes: una visión optimista de la vida, animada por un sentido de finalidad y dirección; estrategias eficaces para hacer frente a las dificultades; la sensación de poder controlar los acontecimientos de la vida; y las expresiones emocionales positivas. Los estudios epidemiológicos han mostrado una reducción de la morbilidad y un retraso de la mortalidad entre las personas socialmente integradas. Se reconoce hoy que la calidad de las relaciones sociales en el hogar (relaciones padres/hijos y lazos conyugales) y en el lugar de trabajo (relaciones empleador/empleado y lazos entre colegas de trabajo) influye de manera decisiva en la salud física y mental. Cada vez son más los datos publicados que destacan los beneficios para la salud que entrañan las relaciones sociales sistemáticamente positivas y gratificantes desde el punto de vista afectivo. Los hábitos positivos para la salud (por ejemplo, una alimentación</p> <p>Fuentes: (14-19).</p>	<p>adecuada, ejercicio físico, y evitar los cigarrillos, las drogas, el abuso del alcohol y las prácticas sexuales de riesgo) también se ven influidos por factores psicosociales.</p> <p>La inclusión de los factores psicosociales en la interpretación de la salud humana positiva señala nuevos caminos para las investigaciones y la práctica clínica. Los mecanismos biológicos por los que los factores psicosociales y conductuales influyen en la salud constituyen una línea floreciente de investigación científica: diversos estudios emprendidos en el campo de la neurociencia de los afectos están relacionando la experiencia emocional con las estructuras, la función y la dinámica del sistema nervioso y sus consecuencias en la salud. Es necesario prestar más atención, en las políticas y en la práctica, a las intervenciones basadas en el creciente número de pruebas de que hay factores psicosociales que protegen la salud.</p> <p>La adolescencia es una fase crítica durante la que arraigan hábitos para el resto de la vida, incluidos los comportamientos relacionados con la salud que influyen en todo el ciclo vital. Las investigaciones más recientes han comenzado a prestar atención al papel que desempeñan los factores de protección en el comportamiento de los jóvenes, complementando los métodos anteriores que se ocupaban solamente de los problemas y de la asunción de riesgos.</p>	<p>Los datos procedentes de 25 países en desarrollo, 25 países europeos, el Canadá, Israel y los Estados Unidos muestran que los adolescentes que afirman mantener una relación positiva con un adulto de confianza (progenitor o profesor) sienten un compromiso con la escuela, poseen rasgos de espiritualidad y adoptan conductas arriesgadas con mucho menor frecuencia. Además, tienen una mayor aptitud para las relaciones sociales y una mayor autoestima que los adolescentes que no mantienen una relación de ese tipo. Los estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que esos factores de protección también permiten prever resultados positivos (seguir vinculados a la escuela, hacer más ejercicio físico y llevar una alimentación sana) y al mismo tiempo reducen los comportamientos negativos (abuso de alcohol, consumo de marihuana y otras drogas ilícitas, y comportamientos delictivos).</p> <p>Los factores de protección promueven comportamientos positivos e inhiben los comportamientos de riesgo, mitigando con ello los efectos de la exposición al riesgo. Los actuales esfuerzos por reducir los riesgos en la adolescencia deben ampliarse para incluir el fortalecimiento de los factores de protección.</p>
---	--	---

Nos últimos anos, o estudo da saúde e doença tem se orientado numa nova linha que leva em conta o ciclo vital, por considerar que a exposição a experiências e entornos desvantajosos vão se acumulando ao longo de toda a vida, aumentando o risco de doença e morte prematura. Esta nova proposição tem ajudado a explicar as grandes diferenças socioeconômicas observadas nas taxas de morbidade e mortalidade de adultos. Para exemplificar, a desvantagem pode começar antes do nascimento: a insuficiência ponderal ao nascer vai estar associada a porcentagens maiores de

<sup>374</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 15.

cardiopatia coronariana, acidentes vsculo-cerebrais, hipertensão arterial e diabetes não insulino-dependente<sup>375</sup>.

Em todo processo de avaliao de riscos  importante examinar quantitativamente, as melhores provas disponíveis a respeito dos riscos, tanto “definidos”, como “prováveis”. Na estimativa do impacto potencial de um risco para a saúde nunca se deve esperar se dispor de dados perfeitos, pois  pouco provável que isto ocorra. A oportunidade  essencial. Este aspecto pode ser motivo de tensões entre os cientistas e aqueles que planejam as políticas públicas<sup>376</sup>.

A metodologia consiste em calcular o risco atribuível populacional, ou seja, quando se dispo de dados em vários níveis; as fraoes do impacto potencial. Estas medidas permitem estimar a reduo proporcional da carga da morbidade resultante de uma mudança concreta na distribuio de um fator de risco<sup>377</sup>.

La metodología consistio en calcular el riesgo atribuible poblacional, o bien, cuando se dispuso de datos en varios niveles, las fracciones de impacto potencial. Estas medidas permiten estimar la reduccio proporcional de la carga de morbilidad resultante de un cambio concreto en la distribucio de un factor de riesgo. La fraccio de impacto potencial (FIP) viene dada por la ecuacio:

$$FIP = \frac{\sum_{i=1}^n P_i (RR_i - 1)}{\sum_{i=1}^n P_i (RR_i - 1) + 1}$$

---

<sup>375</sup> ORGANIZACIO MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 17.

<sup>376</sup> ORGANIZACIO MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 19.

<sup>377</sup> *Ibidem*, p. 22.



donde RR es el riesgo relativo para un nivel dado de exposición, P es el nivel o la distribución de la exposición de la población y n es el nivel máximo de exposición. Para determinar las fracciones de impacto potencial se necesita incorporar tres categorías principales de datos.

Até pouco tempo, os riscos para a saúde foram definidos principalmente desde uma perspectiva científica, ainda que faça algum tempo que se sabe que os riscos são percebidos e interpretados em geral de modo muito diferente por grupos distintos que integram a sociedade: cientistas, profissionais, administradores, políticos, público em geral, etc. O trabalho de avaliação e gestão dos riscos para saúde é um campo de estudo relativamente novo que se tem ampliado sem cessar desde os princípios dos anos 70. Esse trabalho centrou a princípio no desenvolvimento de métodos científicos para e descrever os riscos e para avaliar a probabilidade de resultados adversos e suas consequências<sup>378</sup>.

No início dos anos 80, a análise se diferenciou em duas fases principais, a avaliação dos riscos e a gestão dos riscos, pois se começou a prestar mais atenção na maneira de controlar os riscos ou fatores de riscos a nível tanto individual, como em conjunto com a sociedade. A prioridade se deslocou da determinação da probabilidade de acontecimentos adversos para diferentes fatores de risco, a avaliação da magnitude e alcance das possíveis consequências, entre as quais se destacam, as disfunções. Paralelamente se tentou reduzir a incerteza das estimativas científicas. Uma consequência importante dessa evolução foi a ideia de que o próprio indivíduo e deve se ocupar em controlar os riscos que corre a sua saúde, pois muitos deste têm origem no comportamento e, portanto, o indivíduo pode controlá-los em grande parte<sup>379</sup>.

O denominado enfoque científico ou quantitativo de avaliação dos riscos para a saúde tem por objeto conseguir as melhores estimativas numéricas possíveis da

---

<sup>378</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 33.

<sup>379</sup> *Ibidem*, p. 33, 34.

probabilidade de se produzir resultados sanitários adversos, a fim de se utilizar em formulações de políticas públicas de saúde<sup>380</sup>.

No princípio da década de 90 se tornou evidente que se recorrer principalmente a um enfoque científico para a avaliação e gestão dos riscos nem sempre permitia alcançar os resultados esperados. Também se viu que a noção de risco não significava o mesmo para todos os grupos de pessoas e que todo risco teria que ser abordado num mesmo contexto social, cultural e econômico mais amplo<sup>381</sup>.

Dos fatores importantes que influenciam na percepção dos riscos estão o gênero, a visão do mundo e a ideologia. Os laços afetivos e a confiança estão também muito relacionados com a opinião que se formam dos riscos, tanto para os especialistas, como para os leigos no assunto<sup>382</sup>.

A influência dos fatores sociais, psicológicos e políticos também se observa nos estudos sobre o efeito das visões do mundo na valoração dos riscos. As cosmovisões são um conjunto de atitudes de índole social, cultural e política que influenciam na opinião de pessoas sobre questões tão complexas. Incluem sentimentos, tais como o fatalismo no que diz respeito ao controle dos riscos de saúde, a fé na hierarquia e as decisões dos especialistas; a convicção de que o individualismo seja uma característica importante de toda a sociedade justa ou de que os avanços tecnológicos sejam importantes para melhorar a saúde e o bem-estar social<sup>383</sup>. Estas colocações presentes no informe, referindo-se a determinados estudos, estão claramente alinhadas com um pensamento de nações hegemônicas, que tiveram influência no texto redigido.

O informe mostra que a percepção, compreensão e formulação dos riscos são influenciadas por grupos poderosos de interesse fora dos governos, em particular, empresas privadas com fins lucrativos e organizações de defesa de saúde pública<sup>384</sup>:

---

<sup>380</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 34.

<sup>381</sup> *Ibidem*, p. 35.

<sup>382</sup> *Ibidem*, p. 39.

<sup>383</sup> *Ibidem*, p. 39, 40.

<sup>384</sup> *Ibidem*, p. 44.

La percepción, la comprensión y la formulación de los riesgos se ven afectadas, tanto positiva como negativamente, por la influencia que ejercen poderosos grupos de intereses fuera del gobierno, en particular empresas privadas con fines de lucro y organizaciones de defensa de la salud pública. Comoquiera que los datos científicos no “hablan por sí mismos”, los grupos de intereses especiales pueden desempeñar un papel decisivo en su interpretación y, por ende, en la formulación de la percepción pública de los riesgos y de sus factores. Estos grupos aspiran a influir así en el debate público y las políticas estatales, en contra o a favor de las actividades de control y prevención de los riesgos conocidos.

As posições apresentadas sobre as empresas privadas com fins lucrativos e organizações de defesa de saúde pública com relação aos fatores de riscos permitiram as conclusões presentes no informe demonstrada no parágrafo abaixo<sup>385</sup>:

Los grupos de intereses especiales, sean públicos o privados, con fines de lucro o no, están organizados fundamentalmente para promover y proteger sus propios intereses, y es previsible por tanto que tiendan a construir la evidencia sobre los riesgos para la salud de manera que apoye sus posiciones e intereses. El principal interés de los grupos de presión de la industria es proteger los productos o servicios que les producen grandes beneficios, de manera que al formular y comunicar la información sobre los riesgos tienden a ocultar o minimizar los daños que puedan causar. Por consiguiente, de ninguna manera respaldarán una mayor regulación o más restricciones a la

---

<sup>385</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 44, 45.

importación y exportación. Las controversias en torno a la regulación de los riesgos, en particular los ambientales e industriales, terminan con frecuencia ante los tribunales en el plano nacional, y muchos riesgos relacionados con el comercio internacional caen bajo la jurisdicción del órgano de solución de diferencias de la Organización Mundial del Comercio.

Nas sociedades vigentes, a maior carga de riscos para saúde pesa muito mais sobre as pessoas desfavorecidas. A imensa maioria das ameaças para a saúde está fundamentalmente sobre os pobres, as pessoas com baixo nível de instrução e as que realizam trabalhos humildes. Esses riscos vão se concentrando e acumulando ao longo do tempo. Para reduzir estes riscos da saúde, a OMS, outras organizações internacionais e os governos priorizam as orientações presente no parágrafo abaixo:

En todo intento por reducir los riesgos para la salud, una de las prioridades de la OMS, de muchas otras organizaciones internacionales y de los gobiernos habrá de consistir en tratar de subsanar ese desequilibrio: combatiendo directamente la pobreza, concentrándose en los riesgos sanitarios que corren las personas pobres o mejorando la salud de la población y favoreciendo así el crecimiento económico general. Como elemento importante de esa estrategia, se evalúa en primer lugar en qué grado son más prevalentes los riesgos que corren las personas desfavorecidas.

O informe apresenta os fatores de risco em função do grau de pobreza, a partir de dados obtidos em estudos da OMS<sup>386</sup>:

- malnutrición proteinoenergética en la infancia;

---

<sup>386</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 53.

- agua y saneamiento deficientes;
- falta de lactancia natural;
- prácticas sexuales de riesgo;
- alcohol;
- tabaco;
- exceso de peso;
- contaminación del aire de espacios cerrados;
- contaminación del aire urbano.

Com relação à pobreza e níveis de risco, o informe assim apresenta<sup>387</sup>:

Aproximadamente una quinta parte de la población mundial vive con menos de US\$ 1 al día, y casi la mitad con menos de US\$ 2 al día.

El agua insalubre, el saneamiento deficiente y la contaminación del aire en interiores guardan también una estrecha relación con la pobreza absoluta. En cuanto al agua insalubre y al saneamiento deficiente, los riesgos relativos de las personas de los hogares que disponen de unos ingresos inferiores a US\$ 1 al día, en comparación con los hogares cuyos ingresos son superiores a US\$ 2 al día, oscilaban entre 1,7 (WPR-B) y 15,1 (EMR-D), con notables variaciones entre regiones. En cuanto a la asociación entre la contaminación del aire en interiores y la pobreza, la variación entre subregiones es considerable en lo que respecta al nivel promedio y a las diferencias relativas dentro de las subregiones. En las subregiones de África se observan a la vez una elevada prevalencia de la exposición a la contaminación del aire en interiores y poca diferencia relativa entre las personas pobres y las demás.

---

<sup>387</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 54.

O informe propõe estratégias para redução de riscos à saúde, que não são necessariamente da competência do Ministério da Saúde, mas que certamente levarão a estas reduções<sup>388</sup>:

Una serie de intervenciones que tradicionalmente han formado parte de las atribuciones de la salud pública engloba la mejora del abastecimiento de agua y del saneamiento. Muchos de los programas emprendidos en materia de agua y saneamiento no son del ámbito de competencia de los ministerios de salud, y las mejoras resultantes de esos programas contribuyen sin duda en gran medida al bienestar fuera de la esfera sanitaria. Sin embargo, en este capítulo se señala la importancia del agua limpia y de un mejor saneamiento, dada la carga considerable de morbilidad atribuible a su carencia. Ahora bien, cabe observar que muchos de sus beneficios, aunque mejoren la salud, no son fáciles de incorporar en un análisis de la relación costo-eficacia, pero deberían ser tenidos en cuenta al compararlos con los beneficios de otros tipos de intervención sanitaria.

As estratégias de redução de riscos vão passar pelo componente de uma mudança comportamental<sup>389</sup>:

Muchas estrategias de reducción de riesgos comprenden un componente de cambio conductual. Incluso soluciones de tipo técnico como el abastecimiento de agua potable por tuberías no se traducirán en mejoras sanitarias a menos que la población esté dispuesta a utilizar las nuevas fuentes. Los sociólogos

---

<sup>388</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 109.

<sup>389</sup> *Idem.*

sostienen que todo cambio de comportamiento requiere la comprensión previa del problema. La manera de traducir esa comprensión en un comportamiento saludable depende de las preferencias o características del individuo, entre ellas su mayor o menor aversión a los riesgos para la salud y el valor asignado a una posible pérdida futura de salud frente a otras opciones vitales como son la riqueza o un estilo de vida. Esas preferencias se ven influidas por la información y por la publicidad.

Aborda-se no informe as práticas perigosas de infecções em entornos sanitários, bem como propostas de soluções para redução destes riscos. Esta é uma prática totalmente contrária aos princípios éticos profissionais. No entanto, estas práticas têm uma cumplicidade dos Estados para a ocorrência das mesmas<sup>390</sup>:

**Reducción de la reutilización de material de inyección sin esterilizar.** Esta intervención consiste en poner a disposición de los profesionales de la salud material de inyección nuevo y de un solo uso; incluye asimismo la recogida y gestión de los residuos punzocortantes en condiciones seguras.

**Reducción de las inyecciones innecesarias.** Se trata de celebrar debates de grupo interactivos entre pacientes y dispensadores de atención de salud. El impacto de estas intervenciones, adoptadas tanto por separado como conjuntamente, se evaluó considerando su repercusión potencial en la incidencia del VIH y de las hepatitis B y C. Las actividades iniciales incluyen un taller nacional de planificación, la elaboración y distribución de material informativo, didáctico y de divulgación, un taller dedicado a la capacitación de instructores, la formación del jefe de compras, y talleres de planificación a nivel distrital. Entre las

---

<sup>390</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 137.

actividades subsiguientes cabe citar el suministro de material de inyección, la celebración anual de talleres nacionales de seguimiento, debates de grupo interactivos entre pacientes y dispensadores de atención de salud, y encuestas anuales de vigilancia.

A redução de riscos não é exclusiva de fatores de riscos à saúde. Esta vai ser consequência de uma conjuntura de fatores, incluindo intervenções, em especial da pobreza e outras desigualdades, assim como questões relacionadas com os direitos humanos, a aceitação de distintas estratégias pela comunidade e as necessidades políticas. O informe apresenta os seguintes tópicos que considera de extrema importância<sup>391</sup>:

Se reconoce en este informe que las políticas sanitarias no tienen como única finalidad la mejora de la salud de la población. En su búsqueda de una combinación idónea de intervenciones, los gobiernos tienen también presentes objetivos tales como la reducción de la pobreza y de otras desigualdades, así como cuestiones relacionadas con los derechos humanos, la aceptación de las distintas estrategias por la comunidad y las necesidades políticas. Además, deben estudiar la manera de incorporar los diferentes tipos de intervención en la estructura sanitaria existente en el país, o las alternativas para ampliar o adaptar la infraestructura a fin de encajar las estrategias elegidas. Esto reviste particular importancia a la hora de determinar si es factible ampliar considerablemente la cobertura. Con todo, el mejoramiento de la salud de la población es por definición la meta de todo sistema sanitario, su razón de ser, y el tipo de información que se ha examinado en el presente capítulo es un

---

<sup>391</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 148.



elemento crucial del proceso de adopción de decisiones sobre las alternativas más eficientes de reducción de los riesgos para la salud.

O informe conclui que a redução de riscos e a promoção de uma vida saudável resultarão em efeitos sociais abrangentes e duradouras<sup>392</sup>:

Lo que se requiere ahora es una acción concertada bajo la dirección de los poderes públicos. La reducción de riesgos y la promoción de una vida sana tendrán en todos los países amplios y duraderos efectos sociales, que no se limitarán a la mera prevención de muertes y discapacidades.

### **3.2.1.9. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2003 - Moldando o futuro**

En el informe correspondiente a 2003, se examina la situación sanitaria mundial y algunas de las principales amenazas para la salud en el mundo actual. Se sugiere, sobre la base de numerosos ejemplos, que lograr importantes mejoras sanitarias para todos es un objetivo alcanzable y que los progresos en ese sentido dependerán de la colaboración entre los gobiernos, las instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil para crear sistemas de salud más robustos<sup>393</sup>.

---

<sup>392</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 175.

<sup>393</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 02/11/2015.

O informe se inicia abordando que a situação de saúde global levanta questões urgentes sobre a justiça, quando podemos observar uma aproximação com direitos humanos. Em algumas partes do mundo, há uma expectativa de uma vida mais longa e confortável, enquanto em muitos outros se observa o fracasso do controle da doença, embora existam os meios para combatê-las<sup>394</sup>.

La actual situación sanitaria mundial plantea cuestiones apremiantes en relación con la justicia. En algunas partes del mundo existe la expectativa permanente de disfrutar de una vida más larga y agradable, mientras en muchas otras se asiste con desesperanza al fracaso de la lucha contra las enfermedades, aun cuando existen los medios necesarios para combatirlos.

O informe remete aos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” estabelecidos pela cúpula das Nações Unidas (ONU) no ano 2000. Estes incluem metas ambiciosas para os objetivos de nutrição, saúde materna e infantil, a luta contra as doenças infecciosas e acesso a medicamentos essenciais. Com este apoio, teremos uma oportunidade de progressos que se traduzirão numa vida mais longa e saudável para milhões de pessoas, transformando o desespero em esperança, e estabelecendo as bases para as futuras gerações de desfrutar de uma saúde melhor<sup>395</sup>.

Todos los países del mundo se han comprometido a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en la Cumbre de las Naciones Unidas en 2000. Ello incluye metas ambiciosas

---

<sup>394</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. vii.

<sup>395</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016. p. viii.

para la nutrición, la salud maternoinfantil, la lucha contra las enfermedades infecciosas y el acceso a los medicamentos esenciales. Con ese apoyo tenemos hoy una oportunidad real de lograr avances que se traduzcan en una vida más larga y sana para millones de personas, que transformen la desesperanza en una esperanza realista y que sienten las bases para que las generaciones venideras disfruten de una salud mejor.

A medicina, a saúde pública e as necessidades não atendidas observadas num mundo com tantas desigualdades na saúde são grandes e cada vez maiores. No informe, afirma-se a tarefa fundamental da comunidade de saúde global em reduzir essas disparidades. Com base na experiência e realizações passadas, o informe propõe estratégias coerentes para forjar um futuro mais saudável e mais equitativo. A mensagem-chave deste informe é para se conseguir progressos reais em termos de sistemas de saúde, requerendo sistemas melhores baseados na atenção primária à saúde. A maioria dos países só conseguiram avanços limitados para alcançar os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas” e outras prioridades nacionais de saúde por não desenvolverem sistemas de atenção que atendessem aos desafios complexos para a saúde presente. Os sistemas devem integrar a promoção da saúde e prevenção de doenças, por um lado, e o tratamento de doenças agudas e cuidados de doenças crônicas, por outro. Isto deve ser feito em todos os níveis, a fim de se prestar serviços equitativos e eficientes de qualidade a toda a população<sup>396</sup>.

La medicina y la salud pública y de las necesidades insatisfechas en un mundo donde las desigualdades de salud son grandes y cada vez mayores. En el Informe sobre la salud en el mundo 2003 se afirma que la tarea decisiva de la comunidad mundial de la salud consiste en reducir esas disparidades. Sobre la base de la experiencia y los logros del pasado, el informe propone

---

<sup>396</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. ix.

estrategias coherentes para forjar un futuro más saludable y más equitativo. Un mensaje clave de este informe es que, para que se logren progresos reales en materia de salud, se requieren sistemas mejores basados en la atención primaria. La mayor parte de los países sólo conseguirán adelantos limitados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y otras prioridades nacionales de salud si no desarrollan sistemas de atención que respondan a los complejos retos de salud del presente. Los sistemas deben integrar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, por una parte, y el tratamiento de las enfermedades agudas y la atención de las enfermedades crónicas, por otra. Esto debe hacerse en todos los niveles a fin de prestar equitativa y eficientemente servicios de calidad a la población entera.

Muitos fatores estão além do sistema de saúde para reduzir a grande diferença que está submetida os povos das nações ricas e pobres, além dos sistemas de saúde. Embora o sistema de saúde possa ajudar a reduzir as desigualdades de saúde, estas diferenças para serem reduzidas estarão implícitas na redução da pobreza e das injustiças socioeconômicas<sup>397</sup>.

Muchos factores, como la pobreza, los conflictos armados, la estabilidad institucional y el estado de la infraestructura básica, se encuentran más allá del control directo del sistema de salud. Consciente de la importancia de esos factores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propugna resueltamente la introducción de mejoras en los principales factores determinantes de la salud. Pero un sistema de salud que funcione bien puede hacer mucho para reducir las desigualdades de salud

---

<sup>397</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. x.

mientras prosiguen las actividades encaminadas a reducir la pobreza y las injusticias socioeconómicas.

A perspectiva ética da saúde mundial está inspirada na constituição da OMS. Naquele momento, logo após a finalização da 2ª Guerra Mundial, o mundo, como hoje, estava preocupado com a segurança. Os fundadores da OMS e ONU viram claramente a relação entre segurança e justiça. Portanto, não se pode abordar saúde sem uma visão da mesma através das várias dimensões e sendo assim, a dimensão social, vai estar diretamente ligada à justiça para que o estado de saúde possa ser conseguido<sup>398</sup>.

La perspectiva ética de la salud mundial está inspirada en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que data de 1946. En ese momento, al igual que hoy, el mundo estaba profundamente preocupado por cuestiones de seguridad. En efecto, “mantener la paz y la seguridad internacionales” es el primer propósito establecido de las Naciones Unidas. Pero los fundadores de la OMS y del sistema de las Naciones Unidas vieron claramente la relación entre la seguridad y la justicia. Ninguno de estos dos valores se puede sostener sin el otro. Quienes vivían durante la Segunda Guerra Mundial fueron testigos de las consecuencias del nacionalismo, del odio étnico y del desprecio de la dignidad humana llevados al extremo y entendieron esa interdependencia. El preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas dice que la misión de las Naciones Unidas de protección de la seguridad depende de que se establezcan las “condiciones bajo las cuales puedan mantenerse la justicia...”.

Desde sua origem, a OMS deixa clara a relação do estado saúde com os valores fundamentais de justiça e segurança, colocando a saúde como um dos direitos

---

<sup>398</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. xi.

fundamentais. No informe, os autores colocam como um aspecto muito importante da justiça nas relações humanas, a promoção do acesso equitativo das condições que possibilitam a saúde<sup>399</sup>.

Los fundadores del sistema internacional hace más de medio siglo percibieron la estrecha relación existente entre la salud, entendida como «un estado de completo bienestar físico, mental y social», y los valores fundamentales de justicia y seguridad. La Constitución de la OMS dice que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción...». Un aspecto muy importante de la justicia en las relaciones humanas consiste en promover un acceso equitativo a las condiciones que posibilitan la salud.

Embora este relatório tenha um alcance mundial, suas conclusões se concentram especialmente na saúde cada vez mais frágil da África subsaariana. É nesta parte do planeta, em que dezenas de milhões de pessoas lutam para sobreviver em meio à pobreza, onde mais claramente o preço de ser pobre pode ser visto, estando superando praticamente um continente inteiro<sup>400</sup>.

Aunque el presente informe tiene un alcance mundial, sus conclusiones se centran sobre todo irremediamente en la salud cada vez más frágil del África subsahariana. Es en esta parte del planeta, en la que decenas de millones de personas sobreviven a duras penas en medio de la miseria, donde más

---

<sup>399</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. xi.

<sup>400</sup> *Ibidem*, p. 3.

descarnadamente puede observarse el precio de ser pobre. Se está dejando atrás prácticamente a todo un continente.

O informe relata o aumento da esperança de vida ao nascer nos últimos 50 anos que o antecede, de cerca de 20 anos, sendo esta diferenciada quando se considera países desenvolvidos (média de 9 anos), em desenvolvimento com níveis altos de mortalidade na infância e vida adulta (média de 17 anos) e em desenvolvimento com baixas mortalidade (média de 26 anos)<sup>401</sup>.

En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años, pasando entre 1950–1955 y 2002 de 46,5 a 65,2 años. Esto representa a nivel planetario un aumento medio de la esperanza de vida equivalente a cuatro meses por año durante dicho periodo. Como media, la esperanza de vida aumentó en nueve años en los países desarrollados (por ejemplo, en Australia, los países europeos, el Japón, Nueva Zelandia y América del Norte), en 17 años en los países en desarrollo con elevados niveles de mortalidad de niños y de adultos (la mayoría de los países africanos y los países más pobres de Asia, la Región del Mediterráneo Oriental y América Latina) y en 26 años en los países en desarrollo con baja mortalidad.

As mudanças para o aumento de esperança de vida nos países desenvolvidos começaram há 100-150 anos, decorrentes da obtenção de direitos humanos direta ou indiretamente associados ao direito humano à saúde, que foram fundamentais para a diminuição das taxas de mortalidade, em especial da materno infantil<sup>402</sup>.

---

<sup>401</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. 3, 4.

<sup>402</sup> *Ibidem*, p. 4.

Los aumentos de la esperanza de vida registrados en la primera mitad del siglo XX en los países desarrollados fueron el resultado de un rápido descenso de las tasas de mortalidad, en particular de la maternoinfantil y de la atribuible a enfermedades infecciosas en la infancia y en la primera etapa de la edad adulta. El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y una educación de mejor calidad, la tendencia a formar familias más reducidas, el incremento de los ingresos y la adopción de medidas de salud pública, como la inmunización contra diversas enfermedades infecciosas, contribuyeron sobremanera a esa transición epidemiológica. En muchos países desarrollados, ese cambio se inició hace aproximadamente 100–150 años.

A maior parte das mortes em crianças com menos de 5 anos de idade, no ano de 2002, ocorreram em países em desenvolvimento (98%). Nos países desenvolvidos, mais de 60% das disfunções ocorreram em pessoas com mais de 70 anos. Nos países em desenvolvimento, registrou-se um elevado número de mortes nas idades de 15 a 59 anos (30%), enquanto que em regiões ricas, esta porcentagem ficou em torno de 20%. Esta taxa elevada de mortalidade prematura nesta faixa etária vem a constituir um problema de saúde pública para os países em desenvolvimento<sup>403</sup>.

De los cerca de 57 millones de personas que fallecieron en 2002, 10,5 millones (esto es, casi un 20%) eran niños menores de cinco años (véase la figura 1.2). El 98% de esas muertes se produjeron en países en desarrollo. En los países desarrollados, más del 60% de las defunciones se dan en personas mayores de 70 años, mientras que en los países en desarrollo ese porcentaje

---

<sup>403</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. 5.



ronda el 30%. Un factor clave es el número relativamente elevado de muertes registrado en estos últimos en adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 59 años. En los países en desarrollo, más del 30% del total de fallecimientos se produce en esas edades, mientras que en las regiones más ricas ese porcentaje se sitúa en un 20%. Esta elevadísima tasa de mortalidad prematura entre los adultos observada en los países en desarrollo es un importante problema de salud pública.

O informe ainda aborda a carga de morbidade, ou seja, cálculo do número de anos ajustados em função da incapacidade, indicados que associa anos de vida perdidos por morte prematura (APP) e anos perdidos por incapacidade (APD)<sup>404</sup>.

Un método de utilidad para expresar sintéticamente la carga de morbilidad consiste en calcular el número de años ajustados en función de la discapacidad (AVAD), indicador que combina los años de vida perdidos por muerte prematura (APP) y los años perdidos por discapacidad (APD).

Apesar de permanecer alta a mortalidade infantil no mundo, avanços têm se sido alcançados quando se compara com os anos 70, evoluindo de 17 milhões de mortes anuais para 10 milhões. Mesmo esta redução não tendo sido uniforme, os resultados satisfatórios em alguns países em desenvolvimento, mostram que estes ganhos podem ser possíveis<sup>405</sup>.

Aunque cada año siguen muriendo en el mundo unos 10,5 millones de niños menores de cinco años, se han logrado ciertos

---

<sup>404</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. 6.

<sup>405</sup> *Ibidem*, p. 8.

avances con respecto a los años setenta, cuando esa cifra superaba los 17 millones. Dicha reducción no se ha producido de manera uniforme en el tiempo ni en la misma proporción en todas las regiones, pero los resultados satisfactorios obtenidos en algunos países en desarrollo demuestran claramente que también en esos entornos es posible alcanzar bajos niveles de mortalidad.

Fica claro no informe a relação da pobreza com a mortalidade infantil, bem como a diminuição da mesma nos países que apresentaram uma melhora da situação econômica<sup>406</sup>.

En el mundo entero los niños corren un mayor riesgo de morir si son pobres. Las disminuciones más pronunciadas de los niveles de mortalidad en la niñez se han registrado en países desarrollados y en países en desarrollo con baja mortalidad que han experimentado una mejora de la situación económica.

No mundo todo a mortalidade infantil é maior nos meninos do que nas meninas, com exceções como na China, Índia, Nepal e Paquistão, sendo a disparidade mais pronunciada na China, no qual o informe atribui aos cuidados preferenciais aos meninos do que às meninas. Pode-se também refletir sobre esta preferência, devido à política do filho único e a preferência cultural ao filho do sexo masculino no referido país<sup>407</sup>.

En todo el mundo la mortalidad en la niñez es más elevada en los varones que en las mujeres, pero hay algunas excepciones. En China, la India, Nepal y el Pakistán, la mortalidad de niñas es superior a la de niños. Esa disparidad es particularmente

---

<sup>406</sup>ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. 8.

<sup>407</sup> *Ibidem*, p. 9.

pronunciada en el caso de China, donde el riesgo de defunción es un 33% mayor para las niñas que para los niños. Se cree que estas desigualdades son debidas al trato preferente que se da a los niños varones a la hora de acudir con ellos a los servicios de salud familiar o de alimentarlos.

A mortalidade dos meninos ser maior no restante do mundo pode ser facilmente explicada ao fato do indivíduo do sexo feminino ser mais resistente desde à vida intrauterina. A apologia do sexo feminino ser o sexo frágil, é decorrente de uma formação cultural e não corresponde a observação biológica.

Quando se compara as famílias pobres e não pobres, o risco de mortalidade infantil antes dos 5 anos de idade, aumenta muito se a criança é procedente de uma família pobre, independente do país de origem, mas a importância desta diferença varia muito de país para país<sup>408</sup>.

Dentro de los distintos países, los niveles de mortalidad en la niñez varían considerablemente entre los diferentes grupos de ingresos. Según se desprende de los datos recabados mediante 106 encuestas demográficas y de salud realizadas en más de 60 países, los niños pertenecientes a familias pobres corren un riesgo mucho mayor de morir antes de cumplir los cinco años que los de familias más ricas.

En todos los países se dan notables diferencias en los riesgos de mortalidad en la niñez según el grado de pobreza, pero la magnitud de esa desigualdad varía; así, por ejemplo, en el Níger el riesgo de morir durante la infancia es aproximadamente 13 puntos porcentuales más elevado para los pobres que para los no pobres, mientras que en Bangladesh esa diferencia es inferior a tres puntos porcentuales.

---

<sup>408</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. 9, 10.

Nos países em desenvolvimento, as doenças infecciosas e parasitárias continuam sendo as principais causas de mortes nas crianças, devido em parte à epidemia de HIV/SIDA. Entre estas causas são relatadas as infecções perinatais, infecções respiratórias, diarreias, malária, sarampo, malformações congênitas, HIV/SIDA, coqueluche, tétano, desnutrição proteico-calórica. Muitas destas causas poderiam ser evitadas com implantação de um programa de vacinação e redução da pobreza e, conseqüentemente da fome<sup>409</sup>.

Já na África subsaariana, 90% de todas as mortes das crianças são devidas a HIV/SIDA e a malária<sup>410</sup>.

Alrededor del 90% de todas las muertes de niños causadas por el VIH/SIDA y la malaria se producen en el África subsahariana, donde se concentran el 23% de los nacimientos y el 42% de los fallecimientos de niños registrados en el mundo.

As taxas de mortalidade adulta têm diminuído nos últimos decênios na maioria das regiões do mundo. No entanto, a maior parte das causas de morte nos indivíduos com 15 anos ou mais nos países em desenvolvimento se devem a doenças não transmissíveis, refletindo o estado relativamente avançado de transição epidemiológica alcançado nestas populações, com o aparecimento da dupla carga de morbidade<sup>411</sup>.

Las tasas de mortalidad adulta han disminuido en los últimos decenios en la mayoría de las regiones del mundo.

De los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2002, 32 millones – es decir, cerca de tres cuartas

---

<sup>409</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 10/01/2016. p. 12.

<sup>410</sup> *Ibidem*, p. 13.

<sup>411</sup> *Ibidem*, p. 14, 15.

partes – se debieron a enfermedades no transmisibles, que se cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas).

Nos últimos 50 anos no mundo todo tem se observado melhorias referentes ao estado de saúde dos adultos, com diminuição expressiva no risco de morrer dos 15 aos 60 anos. No entanto, existem diferenças importantes na relação entre mortalidade prematura na idade adulta entre as diferentes regiões do mundo<sup>412</sup>.

En los últimos cinco decenios se han logrado en todo el mundo extraordinarias mejoras en lo referente al estado de salud de los adultos. El riesgo de morir entre los 15 y los 60 años ha disminuido sustancialmente, de una media mundial de 354 por 1000 habitantes en 1955 a 207 por 1000 en 2002. La desaceleración registrada en los últimos tiempos en el ritmo de descenso es una clara advertencia de que no va a ser fácil lograr una reducción continuada de la mortalidad adulta, particularmente en los países en desarrollo. Existen diferencias sustanciales en cuanto al ritmo y la magnitud de las tendencias a la baja registradas en relación con la mortalidad prematura en la edad adulta, y ello tanto entre hombres y mujeres como entre las distintas regiones del mundo.

A fragilidade da saúde em determinadas regiões, especialmente na África e Europa oriental, é decorrente das infecções por HIV/SIDA e instabilidade social, econômica e política<sup>413</sup>.

---

<sup>412</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 17.

<sup>413</sup> *idem*.

La disminución de la esperanza de vida varía notablemente entre las distintas regiones de África. El impacto ha sido especialmente devastador en Botswana, Lesotho, Swazilandia y Zimbabwe, donde el VIH/SIDA ha acortado en más de 20 años la esperanza de vida de hombres y mujeres. El frágil estado de la salud adulta, en medio de un clima general de inestabilidad social, económica y política, también es patente en numerosas regiones de otros continentes. En algunos países de Europa oriental, la mortalidad de varones ha aumentado notablemente y se acerca cada vez más a los niveles de mortalidad adulta vigentes en algunos países africanos.

A mortalidade em idades mais avançadas (mais de 60 anos) apresenta também diferenças com relação a países desenvolvidos e em desenvolvimento. Com relação a idades mais avançadas, estas diferenças podem ser observadas com relação a países desenvolvidos, em desenvolvimento e África<sup>414</sup>.

En los países en desarrollo, el 42% de las muertes de adultos tienen lugar después de los 60 años, mientras que en los países desarrollados ese porcentaje asciende al 78%. En términos mundiales, las personas de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de cumplir los ochenta. En lo que respecta a las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de defunción son menos pronunciadas y oscilan entre el 40% para la mayoría de los países desarrollados de Europa occidental, el 60% para la mayoría de las regiones en desarrollo, y el 70% para el continente africano.

---

<sup>414</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 19.

As doenças não transmissíveis estão aumentando e representam atualmente quase a metade da taxa mundial de morbidade, destacando-se as condições cardiovasculares e o câncer, sendo o câncer de pulmão o mais frequente relacionado com a epidemia de tabagismo<sup>415</sup>.

La carga atribuible a enfermedades no transmisibles va en aumento y representa actualmente casi la mitad de la carga mundial de morbilidad (para todas las edades), lo que supone un incremento del 10% con respecto a los niveles estimados para 1990. Mientras que la proporción de la carga imputable a enfermedades no transmisibles se mantiene estable en los países desarrollados, rondando el 80% para los adultos de 15 años o más, en los países de ingresos medios esa proporción rebasa ya el 70%.

Los trastornos cardiovasculares representan el 13% de la carga de morbilidad en adultos de 15 años o más. La cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos causas que más contribuyen a la carga de mortalidad y morbilidad en los adultos de edad avanzada (mayores de 60 años). En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, siendo las tasas de mortalidad más elevadas para los varones que para las mujeres.

De los 7,1 millones de muertes causadas por el cáncer que, según se estima, se produjeron en 2002, el 17% son atribuibles al cáncer de pulmón, y tres cuartas partes de ese porcentaje corresponden a varones. Se calcula que en 2000 el número de defunciones causadas por cáncer de pulmón ascendía a 1,2 millones; esto supone un incremento de cerca del 30% en los 10

---

<sup>415</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 20, 21.

años transcurridos desde 1990, y refleja la aparición de la epidemia de tabaquismo en los países de ingresos bajos y medios.

Os traumatismos, tanto acidentais, como intencionais, afetam principalmente os adultos jovens, com graves consequências incapacitantes, constituindo uma epidemia oculta que afeta quase todos os homens jovens<sup>416</sup>.

Los traumatismos, tanto accidentales como intencionales, afectan principalmente a los adultos jóvenes y tienen a menudo graves consecuencias discapacitantes. En términos globales, los traumatismos contribuyeron en 2002 en un 14% a la carga mundial de morbilidad adulta. En algunas partes de las Regiones de las Américas, Europa oriental y el Mediterráneo Oriental, más del 30% de la carga total de morbilidad correspondiente a los adultos varones con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años es atribuible a los traumatismos.

O informe apresenta os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pactado no ano 2000, o qual coloca a saúde como o “coração” do desenvolvimento. No ODM se estabelece um pacto mundial vinculando países desenvolvidos e em desenvolvimento por meio de obrigações claras e recíprocas. Os países ricos assumiram responsabilidade como estabelecimento de políticas mais justas de comercio internacional, aumento da assistência oficial para o desenvolvimento e adoção de medidas para aliviar a carga da dívida ou a agilização da transferência de tecnologia<sup>417</sup>.

---

<sup>416</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 21.

<sup>417</sup> *Ibidem*, p. 29.



Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por las Naciones Unidas en 2000 brindan la ocasión de emprender una acción concertada para mejorar la salud mundial. Los ODM sitúan la salud en el corazón del desarrollo y establecen un novedoso pacto mundial que vincula a los países desarrollados y los países en desarrollo por medio de obligaciones claras y recíprocas. Los países ricos han asumido plenamente todas las responsabilidades previstas en el pacto, como el establecimiento de políticas más justas de comercio internacional, el aumento de la asistencia oficial para el desarrollo, la adopción de medidas para aliviar la carga de la deuda o la agilización de la transferencia de tecnología

Em setembro de 2000, os representantes de 189 países assinaram a Declaração do Milênio das Nações Unidas, assumindo compromissos de sete esferas, com metas para serem atingidas até o ano de 2015, como mostra o texto abaixo<sup>418</sup>:

En septiembre de 2000, representantes de 189 países, entre ellos 147 jefes de Estado, se dieron cita en Nueva York en la Cumbre del Milenio para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, donde se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el siglo XXI. Los dirigentes de los distintos países asumieron compromisos en siete esferas: la paz, la seguridad y el desarme; el desarrollo y la erradicación de la pobreza; la protección del entorno común; los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; la atención a las necesidades especiales de África; y el fortalecimiento de las Naciones Unidas. La Guía general para la aplicación de la

---

<sup>418</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 29.

Declaración del Milenio, elaborada después de la Cumbre, establecía las metas y objetivos que deben alcanzarse para 2015 en cada una de las siete áreas.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) visam o desenvolvimento e erradicação da pobreza, representando compromissos contraídos pelos governos para redobrar os esforços para reduzir a pobreza e a fome e responder aos problemas da má saúde, desigualdades por gênero, educação, acesso à água potável e degradação ambiental<sup>419</sup>, ou seja, todos indicadores relacionados ao direito humano à saúde.

Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, que se ha dado en denominar Objetivos de Desarrollo del Milenio, representan los compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para redoblar los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza y el hambre y dar respuesta a problemas como la mala salud, las desigualdades por razón de sexo, la falta de educación, la falta de acceso a agua salubre y la degradación ambiental. Los ODM también incluyen compromisos para reducir la deuda, fomentar la transferencia de tecnología y establecer nuevas alianzas en pro del desarrollo.

Resumindo os 8 objetivos do milênio (ODM) são: redução da pobreza; atingir o ensino básico universal; igualdade entre gêneros e autonomia das mulheres; redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; combate ao HIV/SIDA, malária e outras doenças; garantia da sustentabilidade universal e estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento<sup>420</sup>.

---

<sup>419</sup>ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 29, 30.

<sup>420</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em 11/01/2016.

A ideia de considerar os ODM como um pacto para acabar com a pobreza, que impõe responsabilidades para os países ricos e pobres, foi acertada no início de 2002, em Monterrey (México), na Conferência Internacional sobre o Financiamento do Desenvolvimento<sup>421</sup>.

Os novos conceitos de pobreza e desenvolvimento, bem como sua relação óbvia com a saúde foram apresentados no informe<sup>422</sup>.

Desde comienzos del decenio de 1990, los conceptos de pobreza y desarrollo han ido evolucionando para dejar de hacer énfasis exclusivamente en los ingresos y avanzar hacia una noción más amplia de lo que constituye el bienestar de las personas; esto queda patente en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y en otros índices multifactoriales, que ofrecen, para medir el desarrollo, indicadores distintos del producto nacional bruto (PNB) per cápita. Dentro de este nuevo planteamiento, la pobreza no sólo es sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino también de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud. El término pobreza humana hace referencia a la carencia de medios para alcanzar dichas capacidades (por ejemplo, el acceso físico a la atención de salud) y a la falta de “factores de conversión” básicos que permitan poner remedio a esa situación (por ejemplo, el acceso social a la atención de salud). El término desarrollo humano se aplica a los procesos que amplían las opciones de que disponen las personas para el disfrute efectivo

---

<sup>421</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 30.

<sup>422</sup> *Ibidem*, p. 29, 30.

de las capacidades antes citadas (por ejemplo, la posibilidad de optar por un modo de vida saludable).

Este conceito mais complexo da pobreza e desenvolvimento tem em conta os processos interativos que são importantes para a dinâmica social da melhoria da saúde. A relação causal entre o desenvolvimento econômico e saúde tem sido destacada pela Comissão de Macroeconomia e Saúde, que sublinhou o papel fundamental que a saúde desempenha no crescimento econômico. A importância da saúde dentro de um modelo multidimensional do desenvolvimento humano sustentável é também uma das principais mensagens do ODM<sup>423</sup>.

Aunque los avances en la esfera sanitaria son importantes en sí mismos, asegurar una salud mejor también es un requisito previo para el desarrollo económico y la cohesión social y un importante impulsor de ambos objetivos. Y a la inversa, las mejoras en el acceso de las personas a la tecnología sanitaria constituyen un buen indicador del éxito de otros procesos de desarrollo.

Os ODM estão relacionados entre si e são interdependentes, como mostra o quando abaixo<sup>424</sup>:

---

<sup>423</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 31.

<sup>424</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 31, 32.

Quadro 6 - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, suas metas e indicadores.

<b>Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores</b>	
<b>Objetivo: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>	<p><b>Meta:</b> 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre</p> <p><b>Indicador:</b> 4. Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria<sup>a</sup></p>
<b>Objetivo: 4. Reducir la mortalidad en la niñez</b>	<p><b>Meta:</b> 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.</p> <p><b>Indicador:</b> 13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión</p>
<b>Objetivo: 5. Mejorar la salud materna</b>	<p><b>Meta:</b> 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes</p> <p><b>Indicador:</b> 16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado</p>
<b>Objetivo: 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades</b>	<p><b>Meta:</b> 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA</p> <p><b>Indicador:</b> 18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años<sup>b</sup> 19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA</p> <p><b>Meta:</b> 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves</p> <p><b>Indicador:</b> 21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria 23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)</p>
<b>Objetivo: 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</b>	<p><b>Meta:</b> 9. Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente</p> <p><b>Indicador:</b> 29. Proporción de la población que usa combustibles sólidos</p> <p><b>Meta:</b> 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable</p> <p><b>Indicador:</b> 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, urbanas y rurales</p> <p><b>Meta:</b> 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios</p> <p><b>Indicador:</b> 31. Proporción de la población urbana con acceso a mejores servicios de saneamiento</p>
<b>Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</b>	<p><b>Meta:</b> 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo</p> <p><b>Indicador:</b> 46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible</p>

<sup>a</sup> Indicador relacionado con la salud notificado por la FAO únicamente.

<sup>b</sup> Indicadores de la lista de ODM reformulados por la OMS y por el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Os debates sobre os ODM, muitas vezes se concentram principalmente nos Objetivos de 1 a 7. No entanto, para uma avaliação abrangente do progresso se deve examinar ambos os lados da aliança. É mais difícil definir indicadores para o Objetivo 8. Além disso, até mesmo alguns países desenvolvidos estavam relutantes em apoiar os ODM, precisamente por causa da existência desse objetivo. Há três elementos da parceria para o desenvolvimento na opinião da maioria dos países de particular importância e que oferecem oportunidades de progresso: a nova rodada de negociações comerciais lançadas em 2001 em Doha (Qatar) pela Organização Mundial do Comércio (OMC) (mas deve também se levar em conta as deliberações da Conferência Ministerial de Cancun - México), o Consenso de Monterrey sobre o financiamento do desenvolvimento e da Iniciativa para a redução da dívida dos países pobres altamente endividados (PPME). A importância desses elementos é tanto material como simbólica: substantiva por causa da influência do comércio, a dívida e a assistência ao desenvolvimento nas economias nacionais, e simbólico por causa da necessidade de reforçar a confiança em um debate cada vez mais polarizado entre países desenvolvidos e em desenvolvimento sobre a distribuição de papéis e responsabilidades no desenvolvimento<sup>425</sup>.

Com relação ao comércio e desenvolvimento, 5 questões foram levantadas no informe: as TRIPS (aspectos dos direitos de propriedade intelectual relacionados ao comércio) e saúde pública; o comércio de serviços de saúde; tarifas e subsídios sobre os produtos e as oportunidades de acesso a mercados para produtos não agrícolas; a adaptação do tratamento especial e diferenciado para o desenvolvimento de prioridades nacionais; e capacitação nos países menos desenvolvidos. A primeira tem uma relação e impacto direto com a saúde, mas as três também vão impactar a saúde<sup>426</sup>.

El programa de comercio y desarrollo continúa dominado por cinco cuestiones: el Acuerdo sobre los ADPIC (aspectos de los

---

<sup>425</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 36.

<sup>426</sup> *Ibidem*, p. 36, 37.

derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio) y la salud pública; el comercio de servicios de salud; los derechos arancelarios y las subvenciones aplicados a los productos agropecuarios y las oportunidades de acceso a los mercados de los productos no agropecuarios; la adaptación del trato especial y diferenciado a las prioridades nacionales de desarrollo; y el fortalecimiento de la capacidad en los países menos adelantados. Las primeras dos cuestiones tienen un impacto obvio y directo en la salud. Ahora bien, las otras tres son igualmente importantes, dada su repercusión en las economías del mundo en desarrollo. Tras la adopción, en 2001, de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, que constituye todo un hito en esta esfera, los miembros de la OMC alcanzaron en agosto de 2003 un consenso sobre la aplicación de las disposiciones sobre acceso a los medicamentos por los países cuya capacidad para fabricar productos farmacéuticos es limitada o insuficiente. La repercusión total de dicho acuerdo dependerá del grado en que los países puedan asegurar su aplicación efectiva.

Embora, sem dúvida, os ODM representem uma oportunidade importante para promover a melhoria dos resultados de saúde entre os pobres, não devemos esquecer que eles são o resultado de um processo político e se constituem num instrumento que não é perfeito<sup>427</sup>.

Os ODM vão ter uma grande importância cada vez maior para numerosas organizações internacionais, incluindo a OMS, que entende que os esforços

---

<sup>427</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 38.

encaminhados aos países em prol do desenvolvimento, possibilitarão alcançar os ODM relacionados com a saúde<sup>428</sup>.

Los ODM están cobrando una importancia estratégica cada vez mayor para numerosas organizaciones internacionales. Para los gobiernos y los organismos de desarrollo constituyen a la vez una importante selección de objetivos y un instrumento para reorientar sus estrategias y definir parámetros de gestión responsable. La OMS otorga gran importancia a los esfuerzos encaminados a ayudar a los países y los asociados en pro del desarrollo en su empeño por alcanzar los ODM relacionados con la salud.

A SIDA apresenta tão grande importância no panorama da saúde mundial que foi tema de um capítulo deste informe e de todo o informe de 2004, tornando a principal causa infecciosa de morte direta ou indiretamente<sup>429</sup>.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. Desde la peste bubónica del siglo XIV, ningún agente patógeno había causado tales estragos. El SIDA ha desgarrado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más castigadas por el virus. En tales regiones, entre ellas algunas de las más pobres del mundo, el VIH ha invertido la tendencia de aumento de la esperanza de

---

<sup>428</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 40.

<sup>429</sup> *Ibidem*, p. 49.



vida registrada en las tres últimas décadas del siglo XX. El VIH/SIDA es una seria emergencia sanitaria mundial. La infección por VIH está atizando también otras epidemias de alcance mundial, en particular la de tuberculosis, que se ha convertido en una causa destacada de muerte no sólo entre las personas afectadas por el VIH, sino también entre sus familiares y contactos VIH-negativos.

Esta doença tem um histórico bem conhecido desde o primeiro caso descrito em 1981 e o agente viral confirmado por Luc Montagnier e colaboradores em 1983<sup>430</sup>.

El SIDA se describió por primera vez en 1981, cuando algunos hombres jóvenes hasta ese momento sanos – principalmente adultos que vivían en zonas urbanas de los Estados Unidos – empezaron a ser víctimas de infecciones oportunistas antes desconocidas en ese grupo de edad. No tardaron en notificarse infecciones similares en África, el Caribe y Europa; el SIDA era claramente una enfermedad epidémica. La mayoría de esos jóvenes murieron, y se improvisó un sinnúmero de hipótesis discrepantes, pero desde muy pronto se sospechó que la causa era un patógeno vírico transmitido por la sangre. En 1983 esa sospecha se vio confirmada cuando el Profesor Luc Montagnier y otros investigadores descubrieron un nuevo agente patógeno: un retrovirus con tropismo por las células CD4 que organizan la inmunidad celular y protegen al ser humano de una gran diversidad de patógenos víricos, micobacterianos y fúngicos.

O desenvolvimento de terapia antirretroviral eficaz foi possível apenas em 1995, possibilitando que o vírus continuasse a se espalhar. Estima-se que em 2002 cerca de 5

---

<sup>430</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 50.

milhões de pessoas foram infectadas com o HIV, e quase 3 milhões de pessoas morreram de AIDS, sendo as vias de propagação muito amplas<sup>431</sup>.

El desarrollo de una terapia antirretroviral eficaz para 1995 –, el virus ha seguido propagándose. Se estima que a lo largo de 2002 unos 5 millones de personas resultaron infectadas por el VIH, y casi 3 millones de personas murieron de SIDA. En todo el mundo, el VIH se propaga utilizando un número bastante limitado de vías. Retrovirus transmitido por la sangre, el VIH aprovecha los contactos sexuales, las transfusiones de sangre contaminada, las drogas inyectables, la no observancia de lo que en los círculos médicos se denominan ahora «precauciones universales», y las vías que conducen de la madre al niño durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Uma das formas principais de atuação frente à SIDA apresentada como principal posição da OMS é a prevenção<sup>432</sup>.

Una de las lecciones más importantes de los últimos años es la necesidad de instaurar una prevención y atención integradas del SIDA. Para asegurar la equidad en la prevención del SIDA se debe proporcionar información correcta y culturalmente idónea, junto con las herramientas existentes de prevención, a quienes presenten el mayor riesgo de infección, dondequiera que vivan. La OMS considera la prevención inclusiva y equitativa una parte fundamental de sus actividades contra el SIDA.

---

<sup>431</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 51.

<sup>432</sup> *Ibidem*, p. 54.

A integração entre prevenção e atenção ao HIV constitui um tema recorrente e unificador das atividades da OMS<sup>433</sup>. Uma política pública bem sucedida pode servir para evitar novas infecções e retardar a morte entre aqueles infectados por HIV.

La integración de la prevención y la atención del VIH constituye un tema recurrente y unificador de las actividades de la OMS, pese a la gran diversidad de subepidemias. En los entornos que consideran el VIH/SIDA como un problema público más que privado, una política pública acertada puede servir para prevenir nuevas infecciones, así como retrasar la muerte de quienes albergan ya el VIH.

O informe relata a experiência positiva vivenciada no Brasil, como um dos primeiros países a impor o acesso universal e gratuito da atenção aos infectados por HIV. O Brasil conseguiu articular o programa contra a SIDA da forma mais abrangente e eficaz na América Latina. Acesso generalizado aos ARVs pode ter ajudado a eliminar o estigma da doença no país e, assim, melhorar a demanda por aconselhamento e testes voluntários<sup>434</sup>.

Sólo unos pocos países han aplicado leyes para proteger los derechos de los afectados por el VIH, incluido el derecho a una terapia eficaz. El Brasil es uno de los países que ha llevado a buen término esa empresa. Aunque presenta desigualdades sociales, el Brasil se ha convertido en uno de los primeros países en imponer el acceso universal y gratuito a la atención que necesitan los afectados por el VIH. De esta forma, de ser un problema privado, que afectaba a los individuos y sus familias,

---

<sup>433</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 55.

<sup>434</sup> *Ibidem*, p. 55, 56.

el SIDA se ha transformado en un asunto público. Aplicando una legislación novedosa, el Brasil consiguió articular el programa contra el SIDA más amplio y eficaz de toda América Latina. El acceso generalizado a los ARV puede haber ayudado a desestigmatizar la enfermedad en el país y, de ese modo, mejorar la demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias. Aunque no es fácil demostrar una relación de causalidad, las proyecciones realizadas hace más de 10 años, cuando se predijo que el Brasil sufriría una epidemia que se propagaría rápidamente, no se han confirmado. La incidencia del VIH ha disminuido en los últimos años, gracias a la amplia disponibilidad de ARV: en los nueve primeros meses de 2001 sólo se registraron 7361 nuevos casos de infección, en comparación con los 17504 casos registrados en 2000. El Ministerio de Salud del Brasil calcula que los ahorros de costos en concepto de disminución de las hospitalizaciones y de los tratamientos de infecciones oportunistas entre 1997 y 2001 se aproximaron a US\$ 2100 millones. La experiencia brasileña no es única. En 2003, México aprobó una legislación similar a la del Brasil y puede aspirar razonablemente a cosechar éxitos similares. El tipo de política adoptada, por consiguiente, puede tener un efecto terapéutico indiscutible sobre el VIH/SIDA.

Com relação aos direitos humanos e portadores de HIV, o informe apresenta uma perspectiva atenta aos mesmos<sup>435</sup>.

Aunque algunas personas pueden haber llegado a considerar con escepticismo expresiones como «abordar el VIH/SIDA respetando los derechos humanos», es posible tomar medidas

---

<sup>435</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 57, 58.

claramente pragmáticas para hacer exactamente eso, y esas intervenciones redundarán en beneficio de la prevención y atención del SIDA. Los derechos sociales y económicos, en particular el derecho a la atención de salud, son fundamentales para forjar un futuro en el que el VIH tenga efectos menos destructivos en la vida de las personas. Los gobiernos deben tomar la iniciativa para promover un modelo de prevención y atención del SIDA atento a los derechos humanos. Sin embargo, la promoción de esa perspectiva atenta a los derechos humanos no puede seguir incumbiendo exclusivamente al Estado-nación, sobre todo cuando se está exhortando a unos gobiernos pobres y asediados a hacer cada vez más y más cosas con menos y menos recursos.

Os objetivos de saúde descritos neste informe não se alcançarão antes de se reforçar os sistemas de saúde dos países baixos e médios, sendo estes argumentos válidos para atingir os ODM, incluindo a prevenção e o tratamento de HIV/SIDA, conduzir a dupla carga de morbididade ou alcançar os restantes dos objetivos fundamentais de saúde<sup>436</sup>.

Los objetivos de salud descritos en este informe no se alcanzarán si antes no se refuerzan considerablemente los sistemas sanitarios de los países de ingresos bajos y medios. Y esto es válido tanto para alcanzar los ODM como para extender masivamente la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, manejar la doble carga de morbilidad o alcanzar los restantes objetivos fundamentales de salud.

---

<sup>436</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 11/01/2016. p. 142.

Com relação à experiência brasileira no que diz respeito às patentes dos medicamentos, como um avanço do direito humano à saúde, discorreu Carol Proner<sup>437</sup>, em 2007, sendo que este tema será abordado no capítulo 5 desta tese.

### **3.2.1.10. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2004 - Mudando o curso da história**

El informe de este año aboga por una estrategia global contra el VIH/SIDA que combine prevención, tratamiento, atención y apoyo a largo plazo. En estos momentos cruciales en la historia de la pandemia, la comunidad internacional tiene una oportunidad sin precedentes para cambiar su rumbo y fortalecer al mismo tiempo los sistemas de salud, lo que reportaría beneficios duraderos para todos<sup>438</sup>.

O informe do ano de 2004 se inicia mostrando a importância do papel da OMS, não apenas em fortalecer os mecanismos de combate a HIV/SIDA, mas também a todo o sistema de saúde dos países membros da Instituição<sup>439</sup>.

La responsabilidad de la OMS y de sus asociados en esta iniciativa estriba en garantizar que esos fondos adicionales se usen de manera que permitan a los países no sólo combatir el VIH/SIDA sino también, al mismo tiempo, fortalecer sus sistemas de salud. Para combatir el VIH/SIDA es necesario desplegar toda una gama de actividades económicas, sociales y

---

<sup>437</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 364.

<sup>438</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 02/11/2015.

<sup>439</sup> *Ibidem*, p. xi.

técnicas. Un papel fundamental de la OMS dentro de ese abanico de actividades consiste en colaborar con los países a fin de desarrollar los sistemas necesarios para facilitar tratamiento. Extendiendo la cobertura de terapia antirretroviral, se ayudará a los países a imprimir eficacia a sus sistemas de suministro de atención crónica, lo que ampliará su capacidad para atender las necesidades sanitarias de la población a largo plazo.

A importância epidemiológica da infecção HIV/SIDA, numa situação mundial de pandemia, justifica este informe ter o tema exclusivo sobre esta doença infecciosa, atingindo grandes proporções no continente africano e Ásia<sup>440</sup>.

Aunque durante los últimos 20 años ha parecido ser un enemigo bien conocido, sólo ahora se está empezando a considerar el VIH/SIDA como lo que realmente es: una amenaza sin precedentes para la sociedad humana, cuyo impacto se dejará sentir durante generaciones. Se calcula que en la actualidad hay entre 34 y 46 millones de seropositivos. Más de 20 millones de personas han muerto de SIDA, tres millones de ellas sólo en 2003 (1). Desde la aparición del virus se han infectado cuatro millones de niños. De los cinco millones de personas que se contagiaron en 2003, 700 000 eran niños, y casi todos contrajeron el virus por transmisión durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Mundialmente, a via predominante de transmissão do vírus são as relações heterossexuais sem proteção, seguidas de outras formas como relações sexuais entre

---

<sup>440</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 1.

homens com penetração desprotegida, consumo de drogas por via parenteral e transfusões sanguíneas sem controle de qualidade<sup>441</sup>.

A nivel mundial, la vía predominante de transmisión del virus son las relaciones heterosexuales sin protección. Otras vías importantes de transmisión son las relaciones sexuales entre hombres con penetración desprotegida, el consumo de drogas por vía parenteral, y las inyecciones y transfusiones sanguíneas peligrosas.

Uma epidemia de tal proporção tem uma influência clara dos fatores socioeconômicos, como mostra o texto do informe abaixo<sup>442</sup>:

En algunos países, el rápido crecimiento de las poblaciones vulnerables como consecuencia de la inestabilidad social, el aumento de la pobreza y otros factores socioeconómicos desencadena la ampliación de la epidemia y una mayor propagación del virus.

A propagação da pandemia de HIV/SIDA revela grandes diferenças inter-regionais, intra-regionais e nacionais, sendo altamente expressiva a epidemiologia da condição nos países da África subsaariana<sup>443</sup>.

Un breve análisis de la propagación de la pandemia de VIH/SIDA revela grandes diferencias interregionales, intrarregionales y nacionales, con importantes implicaciones en

---

<sup>441</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 1.

<sup>442</sup> *Ibidem*, p. 2.

<sup>443</sup> *Ibidem*, p. 3.



materia de prevención, atención y apoyo. Están bien documentadas las llamativas disparidades entre el África subsahariana y otras regiones del mundo en cuanto a la magnitud de la epidemia. Aunque casi todos los países del África subsahariana se han visto gravemente afectados, también entre ellos están aumentando las diferencias, lo que indica que las consecuencias de la pandemia variarán considerablemente

O aumento da mortalidade infantil e a diminuição da esperança de vida conseguidos na década de 90 estão se invertendo, devido a repercussão contrária da condição HIV/SIDA sobre o ODM para reduzir a mortalidade infantil<sup>444</sup>.

En muchos países, sobre todo en los más afectados por el VIH/SIDA, hay pruebas de que los descensos de la mortalidad infantil logrados durante la década de 1990 están invirtiéndose. Ello refleja la repercusión adversa del VIH/SIDA sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil.

A interação do HIV/SIDA com outras infecções é um problema de saúde pública cada vez mais importante, destacando-se nesta associação, a tuberculose<sup>445</sup>.

La pandemia ha provocado cambios devastadores en la epidemiología de la tuberculosis, sobre todo en África, donde aproximadamente la tercera parte de la población está infectada por el bacilo tuberculoso, pero no siempre padece la enfermedad (está latente).

---

<sup>444</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 5.

<sup>445</sup> *Ibidem*, p. 7.

A epidemia HIV/SIDA apresenta importantes consequências humanas, sociais e econômicas<sup>446</sup>.

Las epidemias comparten con las hambrunas, las guerras y las catástrofes naturales una característica importante: siempre acarrear otros desastres. A nivel mundial, la epidemia de VIH/SIDA tiene ya un funesto efecto dominó. Millones de niños quedan huérfanos, las comunidades se destruyen, los servicios de salud están desbordados y países enteros se enfrentan al hambre y la ruina económica. El VIH/SIDA castiga con mayor crudeza a los pobres: ellos son los más vulnerables a la infección, y el sufrimiento, la enfermedad y las muertes que provoca el virus afectan sobre todo a las familias más desfavorecidas. Entre los efectos de la epidemia se cuentan penurias económicas devastadoras de trágicas consecuencias. La enfermedad no sólo hace más pobres a las familias que ya lo eran, sino que condena a la misma suerte a hogares de economía relativamente holgada.

O informe apresenta que provavelmente, as consequências e o impacto na demografia e expectativa de vida chegarão a grandes proporções. A infecção por HIV/SIDA está mudando a estrutura das populações<sup>447</sup>.

Es probable que el impacto de la epidemia en la estructura demográfica y la esperanza de vida de la población adulta acarree cambios negativos a gran escala en las pautas de

---

<sup>446</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 8.

<sup>447</sup> *Idem.*

comportamiento económico y social. Además de la pérdida de ingresos y del desvío de éstos a gastos sanitarios, las familias recurren a diversas estrategias de «afrontamiento» que a la larga tienen efectos negativos, como la emigración, el trabajo infantil, la venta de bienes y el gasto de los ahorros. Las familias que sufren la enfermedad o muerte de uno o más de sus miembros han de soportar tanto los costos directos de los gastos médicos y funerarios como los indirectos del impacto de la enfermedad en la productividad.

A desestruturação familiar com a morte prematura dos pais traz repercussões imensas para os jovens, tanto do ponto de vista psicológico, como no desenvolvimento econômico. A morte dos pais impede de passar aos seus filhos seus bens e atitudes, impossibilitam a transmissão do processo de acumulação e a transmissão do capital humano de geração a geração<sup>448</sup>.

En los jóvenes, los efectos psicológicos que provoca ver morir a sus mayores inmediatos en gran número a edades tan tempranas y el temor consiguiente por su propio futuro son enormes y repercutirán hondamente en el desarrollo económico. Además, los padres (en su mayoría adultos jóvenes) mueren prematuramente, por lo que no pueden traspasar sus bienes y aptitudes a los hijos. El VIH/SIDA debilita así el proceso de acumulación y transmisión del capital humano (la experiencia, las aptitudes y los conocimientos de las personas) de generación en generación.

As mulheres que têm o direito de gênero repetidamente violado em todo o mundo, vêm a sofrer com o advento da SIDA, a discriminação e a vitimização, pois a

---

<sup>448</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 9.

doença vem agravar suas situações. Apresentam-se como o maior grupo comprometido na África, infectando-se em idades mais precoces, numa média de 6 a 8 anos antes, forçado a manter relações sexuais desiguais e não protegidas, gerando uma perda maior de mulheres e, conseqüente desequilíbrio da população adulta<sup>449</sup>.

En muchos países las mujeres se enfrentan ya a graves penurias como consecuencia de la desigualdad, la discriminación y la victimización, y a menudo el VIH/SIDA viene a agravar esas penalidades. De hecho, esos mismos factores ayudan a explicar por qué a las mujeres les afecta desproporcionadamente la enfermedad. Alrededor del 58% de los seropositivos de la Región de África de la OMS son mujeres. Se infectan a edades más tempranas que los varones, como promedio entre seis y ocho años antes. Es frecuente que las jóvenes se vean forzadas a mantener relaciones sexuales desiguales y no puedan negociar unas relaciones más seguras. De esta situación deriva una pérdida proporcionalmente mayor de vidas entre las mujeres, lo que generará un desequilibrio en la población adulta cuyas consecuencias se desconocen. Una de ellas, probable y ominosa, es que los hombres maduros buscarán pareja entre mujeres cada vez más jóvenes, lo que a su vez intensificará algunos de los factores de riesgo de propagación del VIH.

A epidemia de HIV/SIDA piora muito os sistemas de saúde que já são deficitários, considerando que levam a debilitar a força de trabalho também comprometida, além de sobrecarregar todo o sistema de saúde. Além disso, a gravidade

---

<sup>449</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 9.

e complexidade de infecções oportunistas se associam a altas taxas de hospitalização, mortalidade e aumentos dos gastos no tratamento<sup>450</sup>.

Una de las muchas tragedias del VIH/SIDA es que a menudo castiga con mayor dureza a los sistemas de salud más débiles, y los perjudica por partida doble. Unos sistemas que de por sí no pueden afrontar la situación se debilitan aún más como consecuencia de la mortandad y la discapacidad que el VIH/SIDA causa en gran número de profesionales sanitarios (véase el capítulo 4). En los países de bajos ingresos que ya adolecían de falta de personal sanitario, los sistemas de salud están sobrecargados. El VIH/SIDA tiene en muchos casos un impacto enorme en el sector sanitario. La gravedad y complejidad de las infecciones oportunistas se asocia a altas tasas de hospitalización, mortalidad de los pacientes hospitalizados y mayores gastos en tratamiento. En algunos países subsaharianos, la tasa de ocupación de las camas de hospitales generales por enfermos de SIDA supera con frecuencia el 50%. Sin embargo, se ha comprobado que el tratamiento antirretroviral reduce drásticamente la mortalidad, la morbilidad y los gastos asistenciales relacionados con el VIH/SIDA, y que mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes.

Apesar de não haver cura, a doença pode ser prevenida e tratada. A prevenção pode impedir a propagação do vírus e os tratamentos aumentam a expectativa de vida. A

---

<sup>450</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 11, 12.

integração entre prevenção e tratamento poderão proteger de outras infecções e facilitarão a que se submetam a testes nos serviços preparados para tal<sup>451</sup>.

Puede que el VIH/SIDA no sea curable, pero no cabe duda de que es prevenible y tratable. Se ha estimado que casi las dos terceras partes de los contagios que, según las proyecciones, se producirán durante el periodo 2002–2010 podrían prevenirse si se amplía considerablemente la cobertura de las actuales estrategias preventivas. Las labores de prevención pueden y consiguen detener la propagación del virus, y los importantes avances en el tratamiento sustentan la esperanza de una vida más larga y mejor para los ya infectados. Extender masivamente el acceso al tratamiento debe convertirse en una forma de apoyar y fortalecer los programas de prevención. Una cuidadosa integración de los servicios de prevención y tratamiento garantizará que las personas que resulten seropositivas queden vinculadas a servicios de asesoramiento y tratamiento, lo que puede conducirles a proteger a otras de la infección. Además, en el caso de las personas a las que normalmente les asustaría someterse a las pruebas, es más probable que acudan a servicios de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA si tienen acceso al tratamiento.

A prevenção pode ser eficaz em muitas populações quando embasadas em provas científicas e adaptadas para o entorno socioeconômico da população envolvida. O informe apresenta que se comprovado o enfoque que respalda os direitos sociais e

---

<sup>451</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 11/01/2016. p. 12.

individuais, fundamentando o desenvolvimento nos valores culturais, as medidas tornar-se-ão eficazes<sup>452</sup>.

La prevención puede resultar eficaz en muchas poblaciones, siempre y cuando se empleen estrategias basadas en pruebas científicas y cuidadosamente adaptadas tanto al entorno socioeconómico como a la situación de la epidemia nacional de VIH/SIDA. Se ha comprobado que los enfoques integrales que respaldan los derechos sociales e individuales, implican a las comunidades y fundamentan su desarrollo en los valores culturales de éstas resultan eficaces cuando se combinan con la promoción del uso sistemático del preservativo, el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH, y una iniciación sexual más tardía. También la promoción de otras estrategias, como la abstinencia y la reducción del número de parejas, deben basarse en pruebas sólidas.

Podemos ver nesta posição elementos identificáveis com uma teoria crítica de direitos humanos, como a de Herrera Flores. A questão dos direitos humanos é retomada também no parágrafo abaixo, quando além de se referir ao mesmo, leva em conta desenvolvimento socioeconômico e fatores culturais na atuação de prevenção e atenção ao quadro de HIV/SIDA<sup>453</sup>.

Es sabido que el nivel de desarrollo socioeconómico y factores culturales como la desigualdad por razón de sexo o el acceso a la educación y la atención sanitaria son otros tantos obstáculos al éxito de las iniciativas de prevención. Las intervenciones que

---

<sup>452</sup>ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 12.

<sup>453</sup> *Idem.*

reducen los efectos de esos obstáculos (como instaurar medidas que permitan a las niñas permanecer escolarizadas durante más tiempo) pueden tener un impacto duradero en las tasas de transmisión del VIH. También resulta útil la promoción de los derechos humanos, combinada con programas de modificación del comportamiento. Las enseñanzas extraídas de diversos entornos y comunidades muestran que, para llevar a efecto cualquier medida preventiva, las personas no sólo han de poseer los conocimientos adecuados, sino también la capacidad de aplicarlos.

O informe apresenta que os vínculos com outras doenças infecciosas pode ser uma importante forma de abordagem das infecções causada por HIV. As infecções sexualmente transmissíveis aumentam o risco de contágio por HIV de duas a cinco vezes<sup>454</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual elevan el riesgo de contagio del VIH como mínimo entre dos y cinco veces y contribuyen a la propagación del virus. Si no se tratan, no sólo incrementan la infecciosidad de los seropositivos, sino también la susceptibilidad de los seronegativos a la infección. Por ello, tanto el diagnóstico y el tratamiento temprano de estas infecciones como los esfuerzos por reducir su prevalencia deberían ser componentes de una estrategia integral de prevención del VIH.

No quando abaixo, o informe mostra a experiência brasileira e de Bahamas, demonstrando que oferecer de forma ampla o tratamento antirretroviral não dificulta as ações de prevenção; ao contrário, impulsiona e estende este ao mesmo tempo.

---

<sup>454</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 13.



### Quadro 7 - A prevenção e tratamento no Brasil e nas Bahamas.

**La prevención y el tratamiento en el Brasil y las Bahamas**

La experiencia brasileña demuestra que extender masivamente el tratamiento antirretroviral no dificulta las tareas de prevención; antes bien, las impulsa si también se extienden éstas al mismo tiempo. Desde 1996 (año en el que se inició el programa brasileño de distribución universal de antirretrovirales), se viene haciendo un seguimiento del comportamiento sexual y, más recientemente, de la prevalencia del VIH en casi 30 000 reclutas varones del ejército. En 1999-2002, más del 80% de ellos eran sexualmente activos, y el porcentaje de los que tenían varias parejas permanecía constante; pero la prevalencia del VIH entre los hombres era baja (0,06%) y la frecuencia de uso del preservativo era alta y en aumento. En 1999, el 62% de los hombres dijeron haber utilizado el preservativo en su última relación sexual, y en 2000 y 2002 la cifra fue del 70%. El uso del preservativo en relaciones sexuales remuneradas durante el año anterior aumentó del 69% en 1999 al 77% en 2002.

También se observó el impacto de las intervenciones de prevención entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Fue en este grupo en el que se produjo un descenso más significativo de los comportamientos sexuales de riesgo (43).

En las Bahamas, la introducción del tratamiento antirretroviral se ha acompañado igualmente de mayores logros en el ámbito de la prevención, además de significativos descensos de la mortalidad (del 56% en la debida al SIDA, que incluye un 89% menos de defunciones infantiles). Los logros en materia de prevención se reflejan en el descenso de la transmisión del VIH de la madre al niño del 28% al 3%; también se ha logrado reducir en un 44,4% los nuevos casos de infección por el VIH, en un 41% la prevalencia del VIH entre los pacientes tratados por infecciones de transmisión sexual, y en un 38% la prevalencia del VIH entre las embarazadas (44).

Para prevenir as infecções nos lactentes e crianças pequenas, é fundamental a prevenção nas mulheres. Para tal, os direitos de gêneros têm que ser respeitados, como criar possibilidades de se evitar gestações indesejadas em mulheres soropositivas, garantir o acesso a terapia antirretroviral na gestação e programas de partos cesarianas antes que se inicie o parto normal, além de oferecer condições para não se realizar a amamentação natural no caso destas pacientes soropositivas<sup>455</sup>.

La forma más eficaz de prevenir la infección en lactantes y niños pequeños es prevenirla en las mujeres y evitar los embarazos no deseados en las que ya son seropositivas. Aun así, también es posible prevenir la mayoría de los casos de transmisión del VIH de la madre al niño. Hoy día, la profilaxis con antirretrovirales, unida a otras medidas como la cesárea

<sup>455</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 15.

programada antes de que comience el parto y se rompa la bolsa de las aguas o evitar la lactancia materna, ha eliminado casi por completo la infección de los lactantes por el VIH en el mundo desarrollado, con tasas de contagio inferiores al 2%. En los países en desarrollo en los que la lactancia es la norma, el riesgo de transmisión del VIH al recién nacido puede reducirse a menos de la mitad mediante ciclos cortos de tratamiento antirretroviral, aunque esta reducción no es sostenida si no se adoptan prácticas de alimentación que reduzcan el riesgo

O informe alerta para o papel dos usuários de drogas na epidemia pelo HIV, mostrando alternativas para este grupo de forma que se diminua o risco de infecções<sup>456</sup>.

Los toxicómanos por vía parenteral deben tener acceso a servicios que les ayuden a reducir los riesgos del consumo de drogas y de la infección por VIH. Quienes deseen abandonar las drogas o recibir un tratamiento sustitutivo para dejar de inyectarse han de disponer de programas de tratamiento. La principal finalidad de la reducción del daño es ayudar a los toxicómanos a evitar las consecuencias negativas del consumo por vía parenteral y mejorar su estado de salud y su situación social. Entre las intervenciones se cuentan proyectos que intentan garantizar que quienes sigan inyectándose tengan acceso a material de inyección estéril. Una evaluación llevada a cabo en 99 ciudades mostró que el riesgo de transmisión del VIH había descendido un 19% anual en las ciudades que disponían de dichos proyectos (sin un aumento concomitante del consumo de drogas), frente a un aumento del 8% en las que carecían de ellos.

---

<sup>456</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 15, 16.

Políticas públicas relacionadas a transfusiones sanguíneas são colocadas no informe como essenciais para controlar a epidemia por HIV<sup>457</sup>.

Las prácticas incorrectas de transfusión sanguínea son otra vía importante de transmisión parenteral del VIH. Se necesitan políticas y procedimientos para minimizar el riesgo de contagio a través de ellas, como la creación de un servicio nacional de transfusiones, la selección de donantes de bajo riesgo, la eliminación de las transfusiones innecesarias y el cribado sistemático de la sangre destinada a transfusión.

Importante ocorrência com relação à epidemia e a importância do tratamento na SIDA, foi relatada no informe. O informe relata a união entre a OMS, UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), e Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, declarando que falta de acesso a tratamento antirretroviral é uma emergência de saúde global, lançando o movimento de “três milhões até 2005”, conhecida como “3 por 5”<sup>458</sup>.

En septiembre de 2003, LEE Jong-wook, Director General de la OMS, se unió a Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA, y a Richard Feachem, Director del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, para declarar que la falta de acceso al tratamiento antirretroviral es una emergencia sanitaria mundial. En respuesta a ello, la OMS, el ONUSIDA y un

---

<sup>457</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 16.

<sup>458</sup> *Ibidem*, p. 22.

amplio abanico de asociados lanzaron la iniciativa «tres millones para 2005», conocida como iniciativa “3 por 5”.

A iniciativa "3 por 5" é uma oportunidade fundamental para garantir que os novos recursos globais para HIV/SIDA sejam investidos em ações que fortaleçam os sistemas de saúde para o benefício de todos, a longo prazo. Na figura abaixo, pode-se observar a cobertura da terapia antirretroviral no mundo no final do ano de 2003.

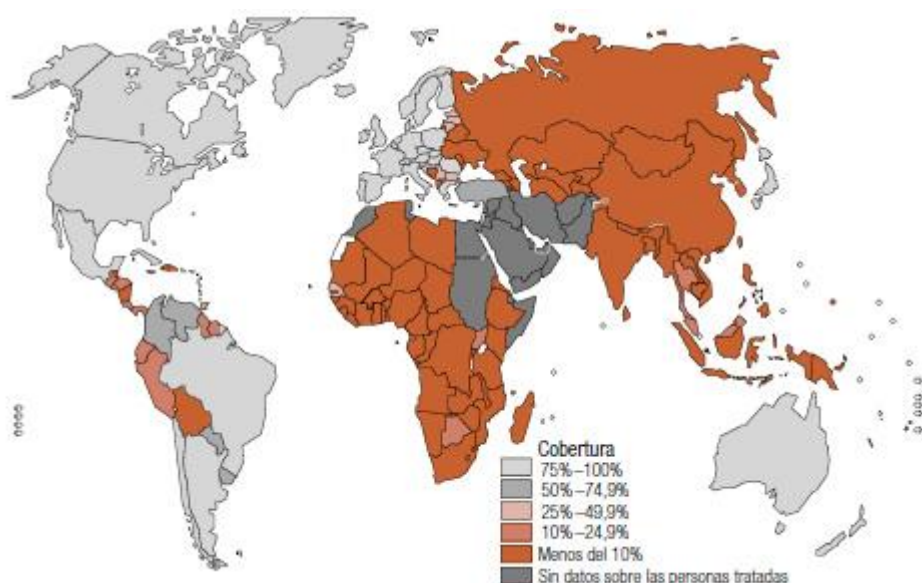


Figura 4 - Cobertura da terapia antirretroviral no mundo no final do ano de 2003.

Como se pode observar no texto abaixo do informe, o Brasil, país em desenvolvimento, apresentou um programa pioneiro de tratamento em terapia antirretroviral, conseguindo redução expressiva da morbimortalidade por HIV/SIDA. Ressalta-se o efeito sinérgico entre o tratamento e a prevenção. Para a prevenção eficaz são necessários serviços de assessoria e testes diagnósticos<sup>459</sup>.

---

<sup>459</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 23, 24.

Entre los argumentos de salud pública en favor de extender masiva y urgentemente el acceso al tratamiento se destacan dos consideraciones. En primer lugar citaremos la drástica reducción de la morbimortalidad por VIH/SIDA que conlleva, reducción que se ha documentado en países de altos ingresos, en el programa nacional brasileño de tratamiento é y en proyectos pioneros emprendidos en entornos con recursos limitados. En segundo lugar está el efecto sinérgico del tratamiento en las labores de prevención; tener acceso a él puede mejorar la prevención por diversos cauces: Incrementa la demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias: para una prevención eficaz es crucial ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. En el África subsahariana, nueve de cada diez personas infectadas por el VIH desconocen su estado serológico, y allí donde no se dispone de tratamiento probablemente no ven la utilidad de conocerlo. Sin embargo, se ha comprobado en numerosos entornos que la disponibilidad del tratamiento incrementa el uso de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias: por ejemplo, dicho uso creció un 300% en un consultorio de Haití a raíz de empezar a dispensar tratamiento antirretroviral; Ofrece más oportunidades para la prevención secundaria: acudir a los centros de salud para que se les dispense tratamiento brinda a los pacientes la oportunidad de recibir información sobre comportamientos preventivos. La utilidad de este enfoque queda reflejada en las estrategias de prevención del VIH elaboradas recientemente por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos y dirigidas a las personas conocedoras de su seropositividad; Reduce el riesgo de transmisión: el tratamiento aminora la probabilidad de transmitir el VIH en relaciones sexuales sin protección. Hay que reconocer no obstante que, debido a la mayor esperanza de vida de los pacientes en tratamiento, es probable que aumenten las

relaciones sexuales entre personas con distinto estado serológico.

Embora universalmente se reconhea os benefcios da terapia antirretroviral, o uso generalizado e incorreto pode provocar resistncia, o que seria um novo e importante problema de sade pblica. O informe apresenta que a OMS fornece um sistema de vigilncia que permite a monitorizao da resistncia aos medicamentos de HIV como um componente essencial da escala de tratamento. Neste trabalho apresentado, a OMS e os seus parceiros buscam o pleno apoio da comunidade cientfica e da sade pblica mundial dedicada ao HIV/SIDA<sup>460</sup>.

O informe conclui que a estratgia integral para a infeo HIV/SIDA une preveno, tratamento, ateno e apoio, dando nfase a importncia do tratamento, o que no ocorre na maioria dos pasies em desenvolvimento<sup>461</sup>.

Articular una respuesta efi caz contra el VIH/SIDA es el reto ms apremiante que afronta la salud pblica mundial. El presente informe, que apuesta por una estrategia integral que aune prevencin, tratamiento, atencin y apoyo, pone especial nfasis en la importancia del tratamiento, que en la mayora de los pasies en desarrollo ha venido siendo el componente ms desatendido.

Demonstra-se no informe que se subestimou at ento, os custos sociais e econmicos causados pelo HIV/SIDA, impondo a numerosos pasies, como os da frica subsaariana, o que pode levar a um colapso econmico. A aplicao efetiva do

---

<sup>460</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 23, 30.

<sup>461</sup> *Ibidem*, p. 99.

tratamento é vital para proteção da estabilidade e segurança, bem como da consolidação das bases do futuro desenvolvimento<sup>462</sup>.

Como se demuestra en este informe, se habían subestimado gravemente los costos económicos y sociales a largo plazo que el VIH/SIDA impone a numerosos países: es posible que algunos países del África subsahariana se vean empujados al borde del colapso económico. La extensión del tratamiento es vital para proteger su estabilidad y seguridad y consolidar los cimientos para su desarrollo futuro. Además, factor éste de inestimable importancia, el tratamiento puede convertirse en acicate de los esfuerzos de fortalecimiento de los sistemas de salud en todos los países en desarrollo.

---

<sup>462</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 12/01/2016. p. 99.

## **CAPÍTULO 4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O DIREITO HUMANO À SAÚDE – ANÁLISE DO 2º DECÊNIO DOS INFORMES (2005-20154)**

Neste capítulo agrupamos os informes da Organização Mundial da Saúde dos anos de 2005 a 2015, compreendendo 9 informes, considerando que os informes de 2012 e 2014 não foram disponibilizados.

Como relatamos no capítulo anterior, dividimos as análises dos informes em dois blocos: de 1995 a 2004 e de 2005 a 2015, ou seja, 1º decênio, que apresentamos no capítulo 3 e o 2º decênio neste capítulo. O objetivo era avaliarmos qual seria a tendência temática de cada decênio, considerando as grandes transformações mundiais ocorridas nos últimos vinte anos.

O capítulo mostra que a temática dos informes se mantém como no decênio anterior, abordando temas amplos, domínios da área da saúde e grupos vulneráveis.

### **4.1. Análises dos Informes da Organização Mundial da Saúde – OMS 2005-2015**

A análise dos informes resultou no capítulo pela ordem cronológica, pois devido a diversidade dos temas, seria a forma mais adequada de apresentação.

Os informes abordaram a saúde materno-infantil (2005), a força do trabalho, os trabalhadores da área de saúde (2006), um futuro mais seguro (2007), a atenção primária à saúde (2008), a situação mundial da segurança rodoviária (2009), o financiamento dos sistemas de saúde (2010), as incapacidades, deficiências (2011), investigações para uma cobertura universal de saúde (2013) e o envelhecimento e a saúde (2015).

#### **4.1.1. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2005 – Para que todas as mães e crianças contem**

La crianza de los hijos se acompaña siempre de un fuerte deseo de verlos crecer felices y sanos. Ésta es una de las pocas constantes de la vida de las personas en todo el mundo. Sin



embargo, incluso en el siglo XXI, todavía permitimos que muchos más de 10 millones de niños y medio millón de madres mueran cada año, pese a que la mayoría de esas defunciones pueden evitarse. Setenta millones de madres y sus recién nacidos, así como innumerables niños, están excluidos de la atención sanitaria a que tienen derecho. Aún más numerosos son los que sobreviven sin protección alguna contra la pobreza que puede acarrear la mala salud<sup>463</sup>.

O informe de 2005, como muitos que o antecederam e outros posteriores, retoma a pauta dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milénio” (ODM), que é internacionalmente as aspirações de desenvolvimento acordada para a população mundial cumprir até 2015. Essas metas realçaram a importância de melhorar a saúde, em especial a de mães e filhos, como parte integrante da redução da pobreza.

A saúde materna e infantil era uma prioridade muito antes dos anos 90. Com o enfoque mundial dos ODM, as mudanças vêm para avançar em todas as partes do planeta, levando a possibilidade de se receber atenção sanitária como um direito garantido pelo Estado, deixando a preocupação técnica para se converter em um imperativo moral e político<sup>464</sup>.

La salud de la madre y el niño es una prioridad que se remonta a mucho antes de los años noventa, pues tiene a sus espaldas un siglo de programas, actividades y experiencias. Ahora bien, lo que ha cambiado en la última década es el enfoque mundial de los ODM y su insistencia en seguir de cerca los avances en todas las partes del planeta. Por otro lado, también se ha ido modificando con el tiempo la naturaleza de la prioridad asignada

---

<sup>463</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/02\\_contents\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/02_contents_es.pdf?ua=1)>. Acceso em 13/01/2016. p. xi.

<sup>464</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/02\\_contents\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/02_contents_es.pdf?ua=1)>. Acceso em 13/01/2016. p. xiii.

a la salud maternoinfantil. Mientras que las madres y los niños eran antes destinatarios de programas bienintencionados, ahora reclaman cada vez más la posibilidad de acceder a una atención sanitaria de calidad como un derecho garantizado por el Estado. Ese cambio de actitud ha hecho que la salud maternoinfantil haya dejado de ser una preocupación técnica para convertirse en un imperativo moral y político.

Apresenta-se no informe a importância da mortalidade infantil e materna observada no mundo até então, levando a consequências desastrosas para as famílias, que em regra são arrastadas para a pobreza<sup>465</sup>.

Cada año 3,3 millones de niños – quizá más – nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema: el total anual asciende ahora a 529 000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente dicho (unas 68 000 a consecuencia de un aborto peligroso), durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado.

Na maior parte dos países, a saúde da mãe e da criança não está melhorando como deveria. As razões para isso são complexas e variam de país para país. De um

---

<sup>465</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/02\\_contents\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/02_contents_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. xiv.

lado estão os “inimigos” persistentes da saúde, conhecidos de todos, como a pobreza, a desigualdade, guerra, distúrbios civis e influência destrutiva HIV/ SIDA, mas também influenciada pelo fato de que os conhecimentos capazes de salvar vidas não traduzam em ações efetivas e falta de dinheiro suficiente para investir na saúde pública e a proteção ambiental. Isso deixa muitas mães e crianças, especialmente as mais pobres, privadas do seu direito de ter acesso a cuidados de saúde acessível, eficaz e sensível às suas necessidades<sup>466</sup>.

Nos primórdios da criação dos programas de saúde pública para mulheres e crianças, fica clara a presença da biopolítica e biopoder, como presente no texto do informe abaixo. Os governos viam as mães e crianças saudáveis como um recurso para suas ambições econômicas e políticas; a má saúde das crianças da nação constituía uma ameaça para as aspirações culturais e militares. A primeira guerra mundial acelerou esse movimento<sup>467</sup>.

La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños tiene su origen en Europa, a finales del siglo XIX. Viendo las cosas retrospectivamente, los motivos a los que respondió esa preocupación parecen cínicos: los gobiernos veían en aquel entonces a las madres y niños sanos como un recurso para alcanzar sus ambiciones económicas y políticas. Muchos políticos europeos compartían la idea de que la mala salud de los niños de la nación constituía una amenaza para sus aspiraciones culturales y militares. Ese sentimiento llegó a ser particularmente fuerte en Francia y Gran Bretaña, que habían tenido dificultades para reclutar soldados con la forma física requerida para ir a la guerra. Los gobiernos vieron una posible solución en los experimentos pioneros franceses del decenio de

---

<sup>466</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 1, 2.

<sup>467</sup> *Ibidem*, p. 2, 3.

1890, como los dispensarios Goutte de lait (gota de leche) de Léon Dufour o las Consultations de nourrissons (centros de consultas para lactantes) de Pierre Budin. Esos programas ofrecían un modo científico y convincente para criar niños saludables que luego se convertirían en obreros productivos y robustos soldados. Los programas también fueron encontrando cada vez más apoyo en la emergente reforma social y los movimientos de beneficencia de la época. Esto hizo que, para comienzos del siglo XX, todos los países industrializados y sus colonias, así como Tailandia y muchos países latinoamericanos, hubiesen instituido al menos una forma embrionaria de servicios de salud materno-infantil. La Primera Guerra Mundial aceleró ese movimiento.

A preocupação com a saúde das mães e crianças logo ganhou uma legitimidade própria, além de cálculos econômicos e militares. A crescente participação de diversas entidades médicas e não médicas, beneficentes e governamentais, ressoaram com as crescentes expectativas e crescente ativismo político da sociedade civil. Os movimentos trabalhistas, agrupamentos de mulheres, organizações beneficentes e profissionais, fizeram de sua causa a saúde materno-infantil de muitas maneiras, como se observa no trecho abaixo<sup>468</sup>:

Movimientos obreros, agrupaciones de mujeres, organizaciones benéficas y profesionales hicieron suya la causa de la salud materno-infantil de muy diversas maneras. Así, por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo propuso en 1919 una serie de normas jurídicas para la protección de la maternidad en el trabajo; a comienzos de los años treinta el New York Times publicó artículos sobre la mortalidad materna; y en 1938, 60

---

<sup>468</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 3.

asociaciones locales del Reino Unido proclamaron una Carta de derechos de la madre (Mothers' Charter). Respalda por una gran profusión de informes oficiales, la salud materno infantil pasó a ser una prioridad para los ministerios de salud. Los programas de salud materno infantil se convirtieron, junto con la lucha contra las enfermedades infecciosas, en un paradigma de la salud pública.

No entanto, os programas começaram a ganhar terreno após a Segunda Guerra Mundial, com a responsabilidade dos governos e a Declaração Universal de Direitos Humanos, em 1948. No mesmo ano, com a criação da OMS, uma das suas principais funções atribuídas em sua Constituição era "promover a saúde e cuidados maternos e infantis"<sup>469</sup>.

Pero cuando realmente empezaron a ganar terreno estos programas fue después de la Segunda Guerra Mundial. Los acontecimientos mundiales precipitaron el interés público por las funciones y responsabilidades de los gobiernos, y la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948 por unas Naciones Unidas recién creadas, consignaba la obligación de éstos de prestar «cuidados y asistencia especiales» a la maternidad y la infancia. Esto dotó a la cuestión de la salud materno infantil de una dimensión internacional y moral y supuso un enorme avance con respecto a las preocupaciones políticas y económicas que imperaban 50 años atrás. Uno de los cometidos fundamentales asignados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948 era “promover la salud y la asistencia maternal e infantil”.

---

<sup>469</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 3.

A noção de mães e crianças, como grupos vulneráveis também foi crucial para o movimento em direção a cuidados primários de saúde lançado em 1978 em Alma-Ata. Esta primeira grande tentativa de alcançar uma expansão massiva de cobertura de cuidados de saúde em áreas rurais impulsionou programas de saúde materno-infantil, com ênfase em iniciativas para aumentar a cobertura de imunização e combater a desnutrição, doenças diarreicas e distúrbios respiratórios. Na prática, os programas de saúde da criança eram geralmente o conteúdo essencial do programa e, muitas vezes, o único, das primeiras tentativas de implementar cuidados de saúde primários<sup>470</sup>.

La noción de madres y niños como grupos vulnerables también fue crucial para el movimiento en pro de la atención primaria de salud lanzado en 1978 en Alma-Ata (ahora Almaty, en Kazajstán). Esta primera tentativa importante de lograr una ampliación en gran escala de la cobertura de la atención sanitaria en las zonas rurales impulsó los programas de salud maternoinfantil, haciendo hincapié en iniciativas destinadas a aumentar la cobertura inmunitaria y a luchar contra la malnutrición, las enfermedades diarreicas y los trastornos respiratorios. En la práctica, los programas de salud infantil solían constituir el contenido programático esencial – y a menudo el único – de los primeros intentos de aplicación de la atención primaria.

Embora a implementação dos cuidados primários de saúde, muitas vezes tivessem um foco estreito, um de seus méritos em seus estágios iniciais foi ter lançado as bases vinculando a saúde ao desenvolvimento e uma discussão da sociedade civil em geral sobre as desigualdades. A difícil situação das mães e das crianças veio a ser

---

<sup>470</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 3, 4.

entendida como uma questão muito além do problema da vulnerabilidade biológica. O apelo de 1987, em favor de ação para a maternidade segura, é expressamente declarado que "enraizado nos ambientes sociais, culturais e econômicos adversos da sociedade, particularmente no ambiente que as sociedades criam para as mulheres"<sup>471</sup>.

Os direitos sanitários, garantidos pelos Estados modernos às mães, recém-nascidos e crianças, fundamentam-se nos direitos humanos. A atenção sanitária destinada às mães e crianças produzem efeitos positivos óbvios, gerando capital humano, social e econômico. Os efeitos negativos à saúde materna infantil são evidentes como demonstrado no trecho abaixo<sup>472</sup>:

Los Estados modernos garantizan a las madres, los recién nacidos y los niños una serie de derechos sanitarios que se fundamentan en convenios de derechos humanos. Asegurar el acceso de todos ellos a la atención de salud se ha convertido en un imperativo moral y político, que tiene también una sólida base racional. La atención sanitaria destinada a las madres y los niños produce efectos positivos obvios a través de la vacunación o el tratamiento de las enfermedades infecciosas propias de la infancia y a través de la mejor salud del niño que entraña la mejora de la salud materna. Se han llevado a cabo pocas investigaciones sistemáticas sobre el capital humano, social y económico generado por el mejoramiento de la salud maternoinfantil, pero los efectos negativos de la mala salud son evidentes. La salud de las madres es un determinante fundamental de la salud de sus hijos y, por tanto, afecta indirectamente a la formación de capital humano. Los niños huérfanos de madre mueren con mayor frecuencia, corren un

---

<sup>471</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 4, 6.

<sup>472</sup> *Ibidem*, p. 6.

mayor riesgo de padecer malnutrición y tienen menos probabilidades de ser escolarizados. El bebé de una mujer embarazada que está enferma o desnutrida es más propenso a padecer insuficiencia ponderal y problemas de desarrollo. Además, los niños con bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de morir o sufrir infecciones y retrasos de crecimiento, obtienen resultados inferiores en las pruebas cognitivas y pueden tener mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.

O informe apresenta uma posição crítica com relação aos direitos humanos das mulheres, mostrando que as mesmas necessitam de uma luta diária para conseguirem seus direitos, incluindo a saúde das mesmas e de seus filhos, dificultados pela pobreza, tradições culturais e obstáculos legais, como mostra o texto do informe<sup>473</sup>:

La pobreza, las tradiciones culturales y los obstáculos legales que restringen su acceso a los recursos financieros no hacen sino dificultar aún más sus esfuerzos por obtener atención sanitaria para ellas mismas y para sus hijos. La injusticia de esta situación ha puesto de manifiesto que la salud de las madres y los niños es una cuestión de derechos y que se trata de una lucha diaria por hacer valer estos últimos.

A ênfase na saúde dada nos ODM reflete um consenso global de que problemas de saúde são em si uma dimensão importante da pobreza. Problemas de saúde contribuem para a pobreza. Melhorar a saúde é um pré-requisito para o alívio da pobreza e desenvolvimento. Melhorias sustentáveis da saúde dependem do sucesso na redução da pobreza e da redução das desigualdades. Não é por acaso a formulação das

---

<sup>473</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 7.



metas de saúde e o bem-estar das mulheres, mães e crianças, como mostra o texto do informe<sup>474</sup>:

No es casual que la formulación de las metas y los indicadores de los ODM revele la especial prioridad conferida a la salud y el bienestar de las mujeres, las madres y los niños. La salud maternoinfantil figura claramente en el programa internacional, y ello pese a la ausencia del acceso universal a servicios de salud reproductiva como objetivo específico de Desarrollo del Milenio. En términos mundiales, estamos realizando avances hacia los ODM relacionados con la salud de la madre y el niño. Ese logro se ve ensombrecido, sin embargo, por la persistencia de una mortalidad inaceptablemente alta y por la creciente desigualdad en lo que respecta a la salud maternoinfantil y el acceso a la atención sanitaria en el mundo entero.

Nos países em desenvolvimento, a gravidez, o parto e suas consequências continuam sendo as principais causas de morte, doença e incapacidade nas idades reprodutivas. No informe, mostrou-se que 300 milhões de mulheres apresentam doenças atribuíveis à gravidez<sup>475</sup>.

El embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo en los países en desarrollo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, más que ningún otro problema de salud. Más de 300 millones de mujeres del mundo en desarrollo padecen enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo

---

<sup>474</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/03\\_chap1\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/03_chap1_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 9.

<sup>475</sup> *Ibidem*, p. 12.

o el parto; cada año mueren 529 000 mujeres (68 000 de ellas de resultas de un aborto practicado en condiciones de riesgo), dejando atrás a unos hijos que corren un mayor riesgo de fallecer por ser huérfanos de madre.

Apesar dos avanços quanto à saúde materno-infantil no mundo, paradas, retrocessos e progressos lentos são relatados no informe, em especial relacionados à pobreza, crise humanitária e efeitos diretos e indiretos da infecção pelo HIV/SIDA. Na evolução ao acesso universal à atenção à saúde se deve levar em conta os obstáculos contextuais ao progresso, os motivos de exclusão da atenção e os diversos padrões de exclusão<sup>476</sup>:

Los estancamientos, los retrocesos y los progresos lentos observados en algunos países están claramente relacionados con contextos de pobreza, crisis humanitaria y efectos directos e indirectos del VIH/SIDA, factores que han dado origen a diferencias cada vez más manifiestas entre las personas con acceso a la atención de salud y las excluidas de estas prestaciones. La exclusión de las prestaciones sanitarias genera desigualdades en la supervivencia aún más acusadas entre las madres y los recién nacidos que en los niños. Cualquiera que sea el contexto, la ausencia de progresos obedece también a la incapacidad de los sistemas sanitarios para dispensar atención de calidad y servicios a todas las madres y los niños.

---

<sup>476</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 23.

Na época do informe muitos países, cujas taxas de mortalidade na infância estavam paradas ou em retrocesso, eram pobres em termos de produto interno bruto; outros se apresentavam com contração econômica<sup>477</sup>.

Muchos de los países cuyas tasas de mortalidad en la niñez están estancadas o en retroceso son pobres en términos de producto interior bruto; otros se enfrentan a situaciones de contracción económica. Se acepta habitualmente que la pobreza de ingresos está desapareciendo porque tanto la proporción como la cifra absoluta de personas que viven con menos de US\$ 1 al día están descendiendo.

O informe demonstra que a epidemia de HIV/SIDA está levando a um grande transtorno cada vez maior nas mulheres e crianças, especialmente na África subsaariana<sup>478</sup>.

La pandemia de VIH/SIDA se está cobrando un tributo cada vez mayor entre las mujeres y los niños, sobre todo en el África subsahariana. En la actualidad hay unos 39 millones de personas infectadas por el VIH, de las que 2,2 millones son menores de 15 años y 18 millones son mujeres. En 2004 se registraron 4,9 millones de nuevos infectados, entre ellos 640 000 menores de 15 años. Casi el 90% de las infecciones pediátricas se producen en el África subsahariana, donde se conjugan altas tasas de fecundidad con altas tasas de prevalencia del VIH en la población femenina

---

<sup>477</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016. p. 24.

<sup>478</sup> *Ibidem*, p. 25.

Nos vários países, especialmente na África subsaariana, os efeitos da pobreza e contração da economia no ambiente das pessoas, a sua saúde e ao funcionamento dos sistemas de saúde, as infecções por HIV/AIDS acrescentam dificuldades para essas populações. Estas infecções têm efeitos diretos e indiretos<sup>479</sup>:

En varios países, sobre todo del África subsahariana, a los efectos de la pobreza y la contracción de la economía sobre el entorno de las personas, su salud y el funcionamiento de los sistemas sanitarios se suma la epidemia de VIH/SIDA. El VIH/SIDA tiene efectos directos e indirectos. Afecta directamente a la salud de las mujeres y los niños infectados El VIH/SIDA afecta también a la salud de las madres y los niños de una forma más indirecta. El correcto diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA es un servicio que rara vez se presta a las mujeres y los niños y que plantea especiales dificultades en los entornos con pocos recursos. El VIH/SIDA sobrecarga todavía más unos sistemas de salud frágiles. Genera demanda de nuevos servicios, como la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, el asesoramiento y las pruebas del VIH, y complejos métodos de diagnóstico e investigación, lo cual exige un mayor gasto en infraestructuras, equipos, fármacos y recursos humanos. Allí donde no aumenta la financiación, los servicios de salud maternoinfantil se ven obligados a compartir sus escasos recursos materiales y humanos. A medida que los agentes de atención de salud enferman, el resto del personal sanitario se va viendo obligado a trabajar al límite de su capacidad. El rendimiento laboral desciende todavía más por el temor, el desconocimiento del VIH/SIDA y de las medidas de protección, y el estrés que genera el atender a pacientes en

---

<sup>479</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 26, 27.

situación desesperada. En consecuencia, resulta cada vez más difícil reclutar a personas jóvenes para ejercer la medicina o la enfermería, y en particular la obstetricia.

O informe mostra que nunca antes houve tantas mães e crianças com acesso a serviços de saúde reprodutiva, materna e infantil. No entanto, em muitos países, o acesso universal a bens, serviços e oportunidades que poderiam melhorar ou preservar a saúde deste grupo ainda é uma meta distante. Uma proporção desigual, mas ampla de mães e crianças ainda permanece excluída dos benefícios da saúde disponíveis a outros cidadãos. A exclusão está relacionada com desigualdades socioeconômicas. O resultado da exclusão ao acesso dos cuidados de saúde é habitual nos países pobres<sup>480</sup>.

Nunca antes había habido tantas madres y niños con acceso a prestaciones de salud reproductiva, materna e infantil. Sin embargo, en muchos países, el acceso universal a los bienes, los servicios y las oportunidades que mejoran o preservan la salud sigue siendo un objetivo lejano. Una proporción desigual, pero amplia, de madres y niños sigue estando excluida de prestaciones sanitarias al alcance de otros conciudadanos. La exclusión está relacionada con las desigualdades socioeconómicas. En muchos países es un signo del creciente dualismo en la sociedad: a medida que las clases medias urbanas, cada vez más numerosas, van accediendo de forma desproporcionada a los servicios públicos, entre ellos la educación y la salud, entran en competencia con los pobres por unos recursos escasos, y les resulta fácil salir vencedoras. El resultado es que la exclusión del acceso a la atención de salud es habitual en los países pobres.

---

<sup>480</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 28.

Uma evidente discriminação socioeconômica e de gênero; violação do direito humano de gênero é apresentada no informe<sup>481</sup>.

Ser pobre o ser mujer es a menudo motivo de discriminación, y ésta puede derivar en malos tratos, abandono, tratamientos deficientes o explicaciones demasiado someras de las pruebas o intervenciones, todo ello agravado por el hecho de que los agentes de salud piensan a veces que las mujeres son ignorantes. Es frecuente que a los pacientes pobres y anónimos se los haga esperar más tiempo, se los explore más superficialmente o se los trate con desdén; puede que se les administre un tratamiento inferior, sobre todo cuando los recursos escasos se reservan para los pacientes más ricos.

O informe ainda aborda os três componentes mais importantes dos cuidados prestados durante a gravidez, como proporcionar um bom atendimento pré-natal; evitar gravidezes indesejadas ou como lidar com elas e, construir sociedades que apoiem as mulheres grávidas. Tendo em vista a magnitude do problema da gravidez indesejada e os níveis inaceitavelmente elevados de abortos perigosos em todo o mundo, os esforços contínuos para fornecer serviços de planejamento familiar, educação, informação e serviços para a prática de abortos seguros, sempre dentro da legalidade, são as intervenções essenciais de saúde pública<sup>482</sup>.

Los tres componentes más importantes de la atención prestada durante el embarazo son, primeramente, asegurar una buena asistencia prenatal; en segundo lugar, evitar embarazos no deseados o hacer frente a los mismos, y, por último, construir

---

<sup>481</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 31.

<sup>482</sup> *Ibidem*, p. 43.

sociedades que apoyen a las mujeres embarazadas. Aunque durante el pasado decenio hubo un aumento de la cobertura, la atención prenatal sólo podrá avanzar en el aprovechamiento de su gran potencial si se mejora la capacidad de respuesta, se eliminan los obstáculos para acceder a ella y se reorientan los esfuerzos hacia intervenciones eficaces. En vista de la magnitud del fenómeno de los embarazos involuntarios y de los niveles inaceptablemente altos de los abortos peligrosos en el mundo entero, los continuados esfuerzos para ofrecer servicios de planificación familiar, educación, información y servicios para practicar abortos seguros, siempre dentro de la legalidad, constituyen intervenciones esenciales de salud pública.

O pré-natal não é apenas uma maneira de identificar mulheres com risco de partos complicados. Apesar de ocupar um lugar menos destacado que os problemas que possam surgir durante o parto, os perigos que cercam a gravidez não são de todo desprezíveis. As mulheres esperam que os cuidados pré-natais ajudem a enfrentar os problemas de saúde que possam ocorrer durante a própria gravidez. Se não controlados, alguns destes poderão ameaçar a saúde e a sobrevivência da mãe antes de chegar a hora de dar à luz<sup>483</sup>.

La atención prenatal no sólo es una manera de identificar a las mujeres que corren el riesgo de tener partos difíciles. Aunque ocupan un lugar menos destacado que los problemas que pueden surgir durante el parto, los peligros que rodean el embarazo no son en absoluto desdeñables. Las mujeres confían en que la atención prenatal les ayudará a afrontar los problemas de salud que puedan aparecer durante el embarazo propiamente dicho. Si no se controlan, algunos de ellos pueden amenazar la salud y la

---

<sup>483</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 46.

supervivencia de la madre antes de que llegue el momento de dar a luz.

Complicações como pré-eclâmpsia e eclampsia vão ter um comportamento epidemiológico diferente dependendo se o país é classificado em desenvolvimento ou desenvolvido<sup>484</sup>.

Las complicaciones comunes del embarazo incluyen la preeclampsia y la eclampsia, que afectan al 2,8% de las gestaciones en los países en desarrollo y al 0,4% en los países desarrollados.

Os transtornos mentais presentes neste período do ciclo de vida das mulheres são apresentados no informe<sup>485</sup>.

Los problemas de salud mental durante la gestación son al parecer más comunes de lo que se reconocía hasta hace poco. Aunque el embarazo solía considerarse como un periodo de bienestar psicológico general para la mujer, se han notificado elevadas tasas de morbilidad psiquiátrica entre las embarazadas, por ejemplo en Uganda. Los trastornos psicológicos preexistentes pueden aflorar fácilmente en forma de depresión, abuso de sustancias o intentos de suicidio, sobre todo si coinciden con un embarazo no deseado. Las tasas de depresión en la etapa final del embarazo son al menos tan elevadas, si no más, como durante el puerperio.

---

<sup>484</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 47.

<sup>485</sup> *Ibidem*, p. 48.



Muito pertinente foi a colocação da violação do direito de gênero apresentada no informe neste período da gestação<sup>486</sup>.

La violencia de pareja contra la mujer constituye un problema mundial de salud pública, así como una violación de los derechos humanos. Este tipo de violencia, que suele ser persistente, a veces se inicia durante el embarazo, con graves consecuencias para la salud de la madre y el niño.

A violação deste direito não foi apresentada apenas no período da gravidez, mas antecedendo o mesmo, podendo ser a responsável pela mesma e mostrando a desigualdade das relações de poder entre o homem e a mulher<sup>487</sup>.

Lo que no reflejan debidamente los estudios sobre las necesidades desatendidas en materia de anticoncepción y sobre las tasas de fracaso anticonceptivo es el importante papel que tienen las desiguales relaciones de poder entre el hombre y la mujer. Esa desigualdad contribuye de manera sustancial al mantenimiento de relaciones sexuales no deseadas y a los consiguientes embarazos no deseados. Las mujeres jóvenes corren un riesgo particularmente elevado de verse sometidas a contactos sexuales no deseados, o mantenidos en condiciones no deseadas, sobre todo cuando hay una gran diferencia de edad entre ellas y sus parejas. Entre el 7% y el 48% de las adolescentes reconocen que su primera experiencia sexual fue forzada. Existen cada vez más pruebas de la implicación de la violencia en los embarazos involuntarios. Hasta un 40% de las

---

<sup>486</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 49.

<sup>487</sup> *Ibidem*, p. 53.

mujeres que acuden a los servicios de salud para solicitar una interrupción del embarazo han sido víctimas de abusos sexuales y/o físicos en algún momento de su vida.

Considerou-se no informe, a importância do aborto perigoso como um problema de saúde pública<sup>488</sup>.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo, los abortos peligrosos se identificaron como un importante problema de salud pública, y los gobiernos acordaron esforzarse por eliminarlos. El programa de acción incluía un mejor acceso a métodos anticonceptivos modernos, a una atención postaborto de alta calidad (requerida para tratar las complicaciones relacionadas tanto con los abortos espontáneos como con los abortos provocados en condiciones peligrosas) y servicios de aborto seguros, en la medida de lo permitido por la legislación local.

As condições relacionadas com o parto são responsáveis por uma proporção significativa da carga global de morbidade e mortalidade, mas a maioria das mortes e incapacidades atribuídas é evitável, porque as soluções médicas são bem conhecidas. Portanto, o desafio não é tecnológico, mas estratégico e organizacional<sup>489</sup>.

Los padecimientos relacionados con el parto representan una proporción considerable de la carga mundial de morbimortalidad, pero la mayoría de las defunciones y

---

<sup>488</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 25/01/2016. p. 55.

<sup>489</sup> *Ibidem*, p. 65.

discapacidades atribuibles a él son evitables porque se conocen bien las soluciones médicas. Por tanto, el reto pendiente no es tecnológico, sino estratégico y organizacional.

As principais causas de complicações pós-parto são hemorragia pós-parto, sepsis, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e parto obstruído. Causas simples de serem conduzidas, como hemorragias no pós-parto, são fatores importantes na mortalidade em países em desenvolvimento e desenvolvidos. Procedimentos como injeção de oxitocina, retirada manual da placenta, intervenções cirúrgicas e transfusão sanguínea podem evitar a morte materna<sup>490</sup>.

La causa más frecuente de muerte materna es la hemorragia grave, un factor importante de mortalidad tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Si no se trata, la hemorragia posparto puede matar incluso a una mujer sana en dos horas. Es el más rápido asesino de las madres. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia. En algunos casos, una maniobra sencilla pero urgente como la extracción manual de la placenta puede resolver el problema. Otras mujeres necesitan una intervención quirúrgica o una transfusión de sangre, y en ambos casos es preciso ingresar a la paciente en un centro con el personal, el equipo y los suministros adecuados.

---

<sup>490</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/01/2016. p. 67.

Foi abordado no informe o número elevado de crianças que nascem mortas e os que falecem nos primeiros 28 dias de vida<sup>491</sup>.

Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las muertes de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes o las registradas en los niños de uno a cuatro años. Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por dar una respuesta sistemática a los problemas de salud específicos de los recién nacidos; la asistencia neonatal ha estado desatendida por la frecuente falta de una continuidad adecuada entre los programas de salud materna y salud infantil.

O debate sobre se os programas de saúde materna, neonatal e infantil podem contribuir para salvar vidas foi apresentado no informe. Numa análise histórica, salientou-se o importante papel de fatores contextuais, como um ambiente saudável, empoderamento das mulheres, educação e pobreza para reduzir as taxas de mortalidade. Colocou-se ser difícil separar os efeitos desses fatores sobre a contribuição feita pelos cuidados de saúde através de sistemas de saúde<sup>492</sup>.

El debate sobre si los programas de salud materna, neonatal e infantil contribuyen a salvar vidas no es nuevo. En los análisis históricos a menudo se ha señalado el importante papel de factores contextuales, como un entorno saludable, la empoderación de la mujer, la educación y la pobreza, a la hora de reducir las tasas de mortalidad. Puede resultar difícil disociar

---

<sup>491</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/01/2016. p. 85.

<sup>492</sup> *Ibidem*, p. 89.

los efectos de esos factores de la contribución que hace la atención sanitaria a ese objetivo a través de los sistemas de salud.

O financiamento é o pré-requisito imprescindível no planejamento de cuidados à saúde materna, neonatal e infantil e na solução da crise nos recursos humanos, o que os doadores e os governos muitas vezes resistem em reconhecer<sup>493</sup>.

La provisión de fondos es el requisito imprescindible en el que se basan la planificación de la atención de salud de la madre, el recién nacido y el niño y la solución de la crisis de los recursos humanos, cosa que los donantes y los gobiernos suelen resistirse a reconocer. Sin embargo, para garantizar el acceso universal a la atención de salud de las madres, los recién nacidos y los niños no basta con aumentar la prestación de servicios y pagar a los proveedores de asistencia. Para que los servicios se utilicen, es necesario reducir o eliminar las barreras económicas al acceso y debe proporcionarse a los usuarios una protección económica predecible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. El acceso universal debe ir acompañado de protección financiera: sólo así podrá garantizarse una prestación de servicios de salud universal, basada en las necesidades de las personas y no en su capacidad económica, y la protección de los hogares y las personas frente a las dificultades económicas o el empobrecimiento.

Os países mais pobres, onde muitas pessoas não têm acesso a cuidados de saúde, muitas vezes não têm sistemas de proteção financeira. A oferta limitada de serviços "gratuitos" geralmente é baseada na cobrança de impostos e tem fundos insuficientes<sup>494</sup>:

---

<sup>493</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/01/2016. p. 149.

Los países más pobres, en los que numerosas personas no tienen acceso a la atención de salud, suelen carecer de sistemas de protección financiera. La provisión limitada de servicios "gratuitos" se basa habitualmente en el cobro de impuestos y cuenta con fondos insuficientes.

#### **4.1.2. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2006 – Trabalhadores de Saúde: um perfil global**

El Informe presenta una evaluación de la crisis de personal sanitario que atraviesa el mundo, así como varias propuestas ambiciosas para abordar ese problema a lo largo de los próximos diez años, empezando a actuar de inmediato. El informe revela que existe un déficit de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo.

O primeiro informe da OMS foi disponibilizado no ano de 1995. No entanto o primeiro que especificava sobre a questão dos profissionais trabalhadores da saúde foi o informe de 2006.

Neste informe da OMS do ano de 2006, a partir da avaliação realizada pelo grupo de especialistas, escolhidos por esta organização, analisou-se a crise de recursos humanos que atravessa o mundo. Foram apresentadas várias propostas ambiciosas para abordar esses problemas no período de dez anos, compreendido de 2006 a 2015<sup>495</sup>.

Neste estudo, avaliou-se a posição da Instituição com relação à escassez de profissionais e quais as estratégias que poderiam ser propostas.

---

<sup>494</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/01/2016. p. 150.

<sup>495</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponible em: < <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012.

O informe abordou em tópicos os seguintes aspectos:

- 1) Por que a força de trabalho é importante
- 2) Retrato da força de trabalho global
- 3) Forças motrizes: passado e futuro
- 4) Estratégias: vida útil da estrutura entrada-força de trabalho-saída
- 5) Entrada: preparando a força de trabalho
- 6) Força de trabalho: melhorando o desempenho
- 7) Saída: gerenciando a migração e o desgaste numérico
- 8) Avançando juntos
- 9) O imperativo da ação
- 10) Liderança nacional
- 11) Solidariedade global
- 12) Plano de ação
- 13) Avançando juntos

Após a leitura de todo o informe, escolheu-se alguns tópicos por se acreditar serem os mais representativos da visão da OMS, com relação à presença do profissional de saúde nos diversos cenários, bem como uma proposição de formação e localização do mesmo nos locais de atuação.

Escolheu-se analisar os tópicos como apresentados no informe: retrato da força de trabalho global (forças motrizes); entrada: preparando a força de trabalho; força de trabalho: melhorando o desempenho, plano de ação; preparando a força de trabalho em saúde e formação: instituições adequadas para produzir os trabalhadores certos<sup>496</sup>.

O informe na sua introdução sobre força de trabalho é apresentado da seguinte forma<sup>497</sup>:

---

<sup>496</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012.

<sup>497</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p. xv.

### POR QUÉ ES IMPORTANTE EL PERSONAL SANITARIO

En esta primera década del siglo XXI, enormes avances en el bienestar humano coexisten con privaciones extremas. En la salud mundial somos testigos de los beneficios que están aportando los nuevos medicamentos y tecnologías, pero algunos de los países más pobres están sufriendo reveses sin precedentes. En zonas del África subsahariana y en más de una docena de «Estados desestructurados», la esperanza de vida ha caído a la mitad respecto a los países más ricos a causa de los estragos del VIH/SIDA. Estos retrocesos han ido acompañados, tanto en los países ricos como en los pobres, de un temor creciente a nuevas amenazas infecciosas, como el SRAS y la gripe aviar, y de problemas comportamentales «ocultos», como trastornos mentales y violencia doméstica.

Analisando a narração dos aspectos introdutórios do informe, nota-se preocupação com as desigualdades econômicas e sociais dos diversos países membros da OMS, o que é claro e verdadeiro, sem dúvida alguma. Isto fica evidente, quando os especialistas se referem à expectativa de vida tão diferente de países mais pobres, como é o caso de partes da África Subsaariana, comparada com a de países mais ricos. Para ilustrar estes aspectos, foram escolhidas algumas doenças e condições.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), realmente, é uma doença devastadora, principalmente em países pobres. Nos países mais ricos, apesar de não se conseguir a cura, nem vacinas, os medicamentos disponíveis melhoraram muito a qualidade de vida e o prolongamento da mesma, sendo o Brasil, um dos exemplos em pioneirismo no tratamento desta doença, desde a década de 90.

No entanto, no texto já se pode observar uma influência de interesses outros, como a citação da Síndrome Respiratória Severa Aguda e a gripe aviária, onde com certeza existem importantes interesses do Mercado com relação a medicamentos e vacinas, que podem estar influenciando o texto inicial que aborda estas questões. Lembra também questões, que denominou “condições de comportamento escondidas”, como a violência doméstica e as doenças mentais. Percebe-se um “jogo” de visibilizar aspectos e invisibilizar outros. Nem citação de um dos maiores problemas do mundo, como a fome e a desnutrição como consequência imediata, seguida de muitas outras, foi



abordada inicialmente, postergando-se este tema para o próximo parágrafo, como vemos no texto abaixo<sup>498</sup>.

La comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos desafíos sanitarios, pero hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endeble, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. Lo que se necesita ahora es voluntad política para poner en marcha planes nacionales, junto con medidas de cooperación internacional para coordinar recursos, aprovechar los conocimientos y desarrollar sistemas sanitarios robustos que traten y prevengan las enfermedades y promuevan la salud de la población. Para superar los escollos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud es fundamental formar trabajadores sanitarios competentes, motivados y bien respaldados. La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria. La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres (véase

---

<sup>498</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p.xv, xvi.

la figura 3). Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario. Lo ideal es que las mejoras más punteras de la calidad las emprendan los propios trabajadores, porque están en la situación ideal para descubrir las oportunidades de innovar. En los sistemas sanitarios, los trabajadores funcionan como vigías y pilotos de una aplicación eficaz o, al contrario, poco económica de todos los demás recursos, como fármacos, vacunas y suministros.

A figura abaixo mostra, como escrito no texto, a relação direta entre a sobrevivência de lactentes, infantil e materna, com densidade de trabalhadores da área de saúde<sup>499</sup>.

---

<sup>499</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p. xvii.

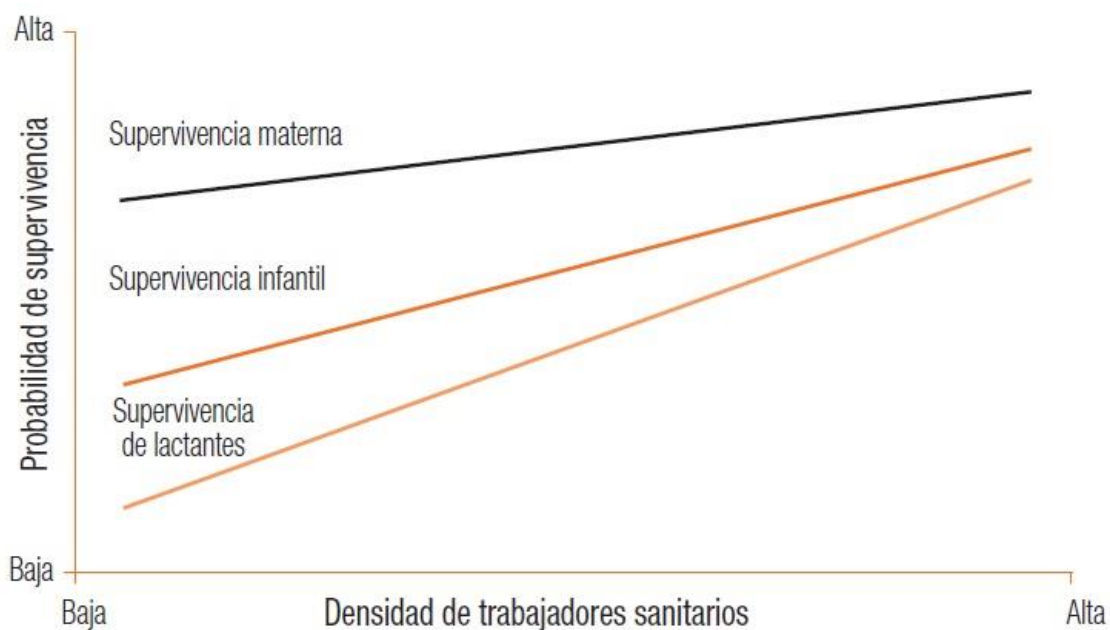


Figura 5 - Os trabalhadores sanitários salvam vidas.

Recursos financeiros e tecnologias são fatores inegáveis que devem ser apreciados quando se considera os desafios em saúde, mas uma influência muito forte do mercado pode ser notada na leitura do texto. Já se inicia o discurso abordando os aspectos materiais, que são importantes e influentes, mas aspectos imateriais, como ética, competência profissional só foram abordados posteriormente. A análise da Instituição, através de sua narrativa, reforça a necessidade de uma vontade política para reversão do quadro atual, com ajuda dos órgãos internacionais. Neste contexto, a OMS como emissora do informe, mostra indiretamente uma disposição em ser um agente de liderança nesta reversão.<sup>500</sup>

A frase sobre o “*desenvolvimento dos trabalhadores da saúde*” mostra uma visão positiva com relação ao investimento do elemento humano, o que demonstra uma preocupação da OMS na valorização do ser humano, da dignidade humana, onde está incluído também, o profissional de saúde, e não apenas aquele que vai ser cuidado pelo mesmo. Quando usam a frase “*Os prestadores de serviços de saúde são a personificação dos valores centrais de um sistema*” centram nos profissionais da saúde,

<sup>500</sup> BYASS, Peter; KAHN, Kathleen; IVARSSON, Anneli. The Global Burden of Childhood Coeliac Disease: A Neglected Component of Diarrhoeal Mortality? *PLoS One*, 6(7): e22774. Epub 2011 Jul 26. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21818388> >. Acesso em 20/12/2012.

e conseqüentemente, na relação binômio profissional da saúde/paciente, o elemento que deve ser atuado para transformação de uma condição de desrespeito ao direito humano, mas deixando claro que para a transformação real, Estado e Mercado devem pactuar acordos essenciais.

Ao mesmo tempo em que apresenta o papel do profissional da saúde como elemento central sob um ponto de vista positivo, coloca-lhe responsabilidades por sucessos e equívocos desastrosos, como resultados positivos nas doenças cardiovasculares e insucessos na desnutrição infantil. Responsabiliza os cortes de pessoal do setor, que foram obviamente determinados pelo Estado, pela desnutrição infantil, questão tão mais complexa do que a causa atribuída.

A desnutrição infantil pode estar presente também no quadro clínico de outras doenças, como a doença celíaca, a doença de Crohn e a colite ulcerativa<sup>501</sup>, o que constitui uma possibilidade, mas, muito rara. No entanto, na sua grande maioria, está relacionada com a escassez ou a má distribuição de alimentos no mundo. Estas causas sim, procedentes de um capitalismo de acumulação e má distribuição de renda, originárias de um sistema econômico injusto e cruel, podem ser responsabilizadas por praticamente a totalidade dos casos de desnutrição infantil no mundo todo e não o atribuído no informe.

Não se pode negar que em parte as colocações do informe com relação “*As melhorias de ponta em qualidade nos cuidados de saúde*”, realmente ocorrem por falta de vontade dos profissionais, em especial dos médicos. Em regra, estes são muito influenciados pelo Mercado, determinando assim, muitas de suas posições e atitudes com as conseqüências descritas, como o sucesso com relação às doenças cardiovasculares. Sabe-se que o segmento do mercado envolvido na especialidade Cardiologia é altamente lucrativo no sentido mais amplo possível, desde a prescrição de medicamentos à obtenção de equipamentos para procedimentos invasivos com custos elevadíssimos.

---

<sup>501</sup> LUCENDO, Alfredo José; REZENDE, Livia Cristina. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease. *World J. Gastroenterol.*, 15(17): 2081-8, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678578/pdf/WJG-15-2081.pdf>>. Acesso em 20/12/2012.

Alguns profissionais pesquisadores da área de saúde se relacionam de maneira não muito clara com as grandes empresas envolvidas com a área. Em suas pesquisas, e também quando fazem parte do corpo editorial de várias revistas científicas, consideradas pelos indexadores como publicações de excelência, contribuem com o Mercado, influenciando na necessidade de determinados produtos. Esta é uma questão que o Estado teria que atuar com seus mecanismos regulatórios na relação pesquisador/mercado.

Porém, na sua grande maioria, o Estado se apresenta extremamente omissivo com relação as suas obrigações de controle desta relação profissional de saúde e Mercado. Além da omissão, a própria relação Estado/Mercado, que vem se desenvolvendo cada vez mais com o advento do neoliberalismo, aumenta a dificuldade do exercício desta regulação.

Considerando um sistema complexo para ser transformado, fica evidente que esta relação profissional de saúde, ou mais especificamente, médicos/Mercado, só poderá ter resultados efetivos com atuação na formação destes profissionais, principalmente com relação aos aspectos éticos. Estes valores, que deveriam ser avaliados desde a seleção para o ingresso numa escola de Medicina, e submetidos a um acompanhamento constante e muito próximo pelo curso em que o médico estaria sendo formado, seriam de extrema importância como foco de atuação.

Assim sendo, é inegável ser a educação, expressão maior de um direito humano, imprescindível na formação dos indivíduos. Porém para que desempenhe adequadamente este mister, deve a escola adotar um modelo de ensino, cujo objetivo maior seja a formação de cidadãos atentos à realidade que os circunda e com a capacidade de criar, mudar e ousar<sup>502</sup>. A educação possibilita o compartilhar de saberes, empoderamento e possibilidade de atuação social.

---

<sup>502</sup> WOLKMER, Antônio Carlos, BATISTA, Anne Carolinne. Direitos humanos e processos de luta na perspectiva da interculturalidade. In: Proner C.; Correias O. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 131.

Forças motrizes do trabalho dos profissionais de saúde é o tópico apresentado a seguir<sup>503</sup>:

Fuerzas determinantes del personal sanitario 1: pasado y futuro  
En todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios están sometidos a un estrés y una inseguridad cada vez mayores porque han de reaccionar a un complejo abanico de fuerzas, algunas antiguas y otras nuevas (véase la figura 4). Las transiciones demográficas y epidemiológicas inducen cambios en las amenazas para la salud de la población a los que este personal debe dar respuesta. Las políticas de financiación, los avances tecnológicos y las expectativas de los consumidores pueden modificar radicalmente lo que se les exige a estos trabajadores, quienes buscan oportunidades y seguridad laboral en los dinámicos mercados de trabajo del ámbito sanitario que forman parte de la economía política mundial. La propagación de la epidemia de VIH/SIDA impone cargas de trabajo, riesgos y amenazas enormes. En muchos países, la reforma del sector sanitario a raíz de los ajustes estructurales impuso un límite al empleo en el sector público y frenó la inversión en formación de personal de salud, agotándose así la oferta de titulados jóvenes. Los mercados de trabajo en expansión han intensificado la concentración de profesionales en las áreas urbanas y acelerado la migración internacional de los países más pobres a los más ricos. La consiguiente crisis de personal sanitario en muchos de países más pobres se caracteriza por graves escaseces, combinaciones inadecuadas de capacidades y lagunas en la cobertura de servicios.

---

<sup>503</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponible em: <<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acceso em 23/5/2012. p.xviii, xix.

A Figura abaixo do informe<sup>504</sup> mostra os determinantes da força de trabalho.

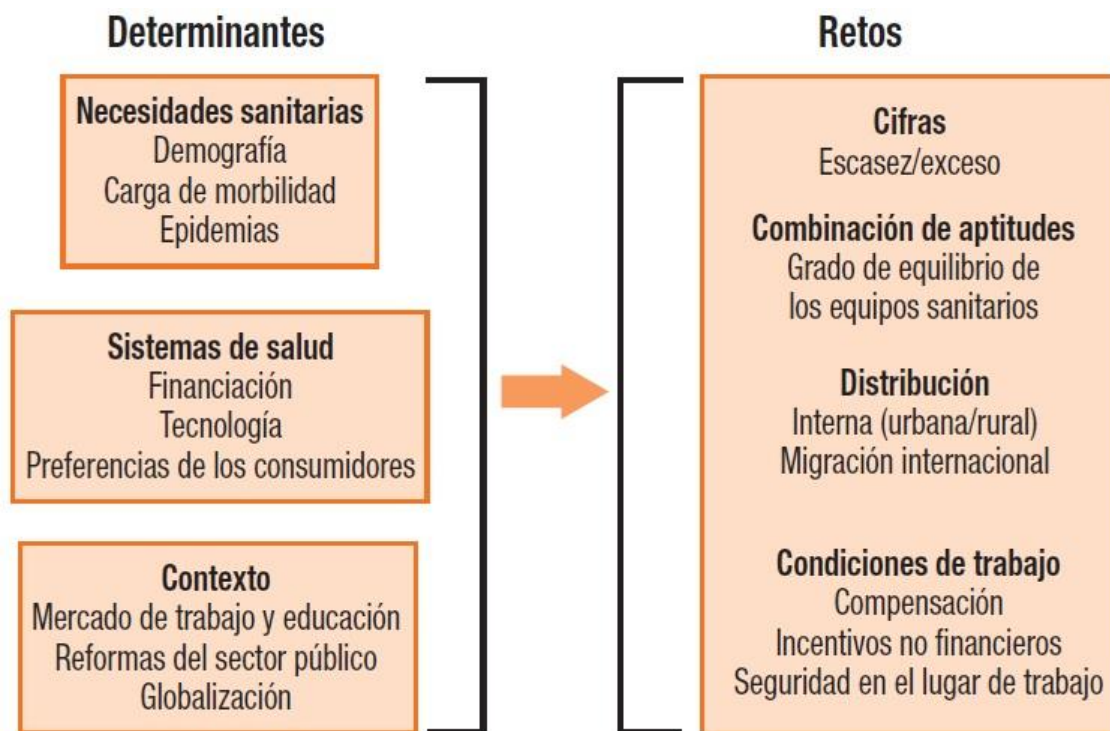


Figura 6 – Determinantes da força de trabalho.

Com relação ao discurso sobre o tópico denominado “Forças motrizes”, o informe da OMS coloca de forma clara a situação dos profissionais de saúde, que ocorre no mundo todo, ou seja, uma pressão muito grande pelo surgimento de novas epidemias com conseqüências desastrosas, aparecimento de novas tecnologias, impostas pelo mercado, muitas vezes com aval do Estado e atuação da mídia a serviço do mercado, para manipulação da população com finalidade de vender o seu produto.

Essa ideia correlaciona a dimensão do poder com a capacidade de certos grupos ou indivíduos imporem suas vontades a outros para atingirem determinados objetivos. Tais objetivos costumam ser ligados à aquisição de riqueza. A investigação sobre quais são os verdadeiros objetivos, que orientam o exercício do poder, representa um desafio,

<sup>504</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p.xvii.

dadas às possibilidades de dissimulação e engodo que permeiam as relações de poder. Na sociedade moderna, em que há um condicionamento social para a crença nos valores democráticos e da livre iniciativa, sobram casos de manipulação do “mercado” e de influências políticas por parte de grandes empresas<sup>505</sup>.

Fica clara a ação do capitalismo vigente, sob a tônica do neoliberalismo sobre o profissional da saúde. O texto e a figura 6 do informe possibilitam a análise desta ocorrência, e uma tendência à intensificação da mesma, à medida que os mercados ficam mais vorazes, visando o lucro acima de todas as responsabilidades éticas. O informe deixa clara esta postura, provavelmente não nomeia suas colocações por razões que acreditaram não serem necessárias, ou mesmo por acharem que estas seriam “inconvenientes”, considerando que grandes patrocinadores da OMS são fundações, diretamente ligadas a grandes empresas do capitalismo neoliberal. Todas estas pressões caem sobre um profissional com condições de trabalho desgastantes, impossibilitando uma qualidade de vida adequada, bem como o processo contínuo de aprendizagem, denominado educação continuada.

Ainda com relação às forças motrizes, o informe discorre como no seguinte trecho<sup>506</sup>:

Fuerzas determinantes del personal sanitario 2: La OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud (véase la figura 4). Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con escaseces críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y

---

<sup>505</sup> SILVEIRA, Henrique Flávio Rodrigues. Um estudo do poder na sociedade da informação. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 79-90, set./dez. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ci/v29n3/a08v29n3.pdf>>. Acesso em 26/7/2012.

<sup>506</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p. xix.



parteras. En términos proporcionales, el déficit es mayor en el África subsahariana, pero en términos absolutos es muy elevado en Asia Sudoriental, debido a su gran población. Paradójicamente, es frecuente que, en un mismo país, coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. La pobreza, las imperfecciones de los mercados de trabajo privados, la falta de fondos públicos, los trámites burocráticos y las interferencias políticas generan esta paradoja de la escasez en medio de una plétora de talento infrautilizado. Los desequilibrios que afectan a la distribución y la combinación de aptitudes complican los problemas actuales. En muchos países, las capacidades de unos profesionales limitados, pero costosos, no se corresponden con las necesidades sanitarias locales. Es frecuente que falte personal con formación en salud pública y en políticas y gestión sanitarias. Muchos trabajadores se enfrentan a entornos de trabajo desalentadores: salarios de miseria, gestores que no ofrecen apoyo, reconocimiento social insuficiente y un desarrollo profesional endeble. Casi todos los países adolecen de una mala distribución de los efectivos, caracterizada por concentración urbana y déficit rural, pero estos desequilibrios quizá sean más inquietantes desde una perspectiva regional.

Já a Figura 7 do informe<sup>507</sup>, mostra os países com déficit crítico de dispensadores de serviços de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras).

---

<sup>507</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p. xviii.

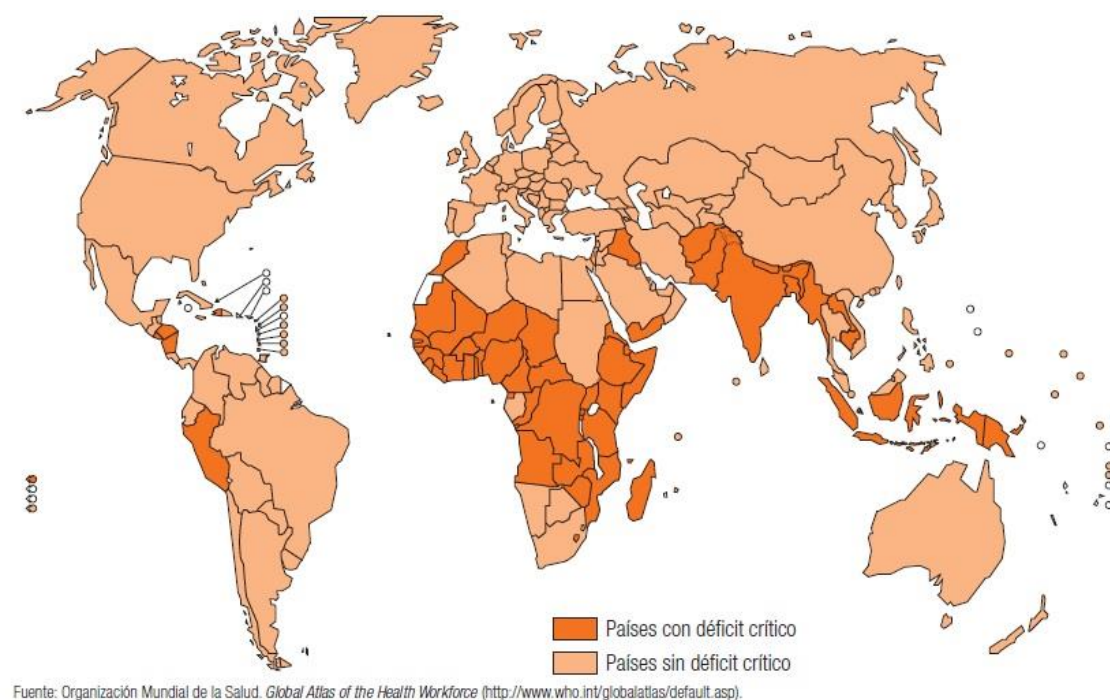


Figura 7 - Países com déficit crítico de dispensadores de serviços de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras).

Os fatores que contribuem para um grande desequilíbrio de localização dos profissionais nas diversas regiões geográficas do mundo não estão presentes apenas nos continentes com seus respectivos países, mostrado no texto e na Figura 7. Isto também ocorre dentro dos próprios países, como referido na última frase do documento do informe acima citado (Forças motrizes 2). Quanto ao Brasil, por exemplo, que está colocado numa área sem carência crítica, não é um dado que deve ser considerado, pois quando se faz a média do número de profissionais pelo número de habitantes do país, não se está considerando as importantes diferenças regionais.

Na região sudeste, sul e centro-oeste do país existe uma grande concentração de profissionais, quando se compara com a região norte, nordeste, como mostra a Tabela 2<sup>508</sup>, referente aos dados do mesmo período do informe da OMS. O informe de 2006 se refere aos dados de anos anteriores a este.

---

<sup>508</sup> Ministério da Saúde/SGTES – Sistema de informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e bases demográficas do IBGE. P. 239. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em 30/7/2012.

Tabela 2 – Número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes no Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2005.

**Número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes  
Brasil e grandes regiões, 1990, 2000 e 2005**

Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Brasil	1,1	1,4	1,7	0,2	0,5	0,6	n.d.	0,9	1,1
Norte	0,5	0,4	0,8	0,1	0,3	0,5	n.d.	0,4	0,5
Nordeste	0,7	0,8	1,0	0,2	0,4	0,5	n.d.	0,4	0,5
Sudeste	1,6	2,0	2,3	0,3	0,5	0,7	n.d.	1,3	1,6
Sul	1,1	1,4	1,7	0,3	0,5	0,7	n.d.	0,9	1,2
Centro-Oeste	1,0	1,2	1,7	0,3	0,4	0,7	n.d.	0,9	1,3

Fonte: Ministério da Saúde/SGTES – Sistema de Informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e base demográfica do IBGE.

O informe se apresenta confundindo carência generalizada com má distribuição. O mesmo mostrou que a organização pode algumas vezes invisibilizar situações concretas de escassez crítica de profissionais da saúde, quando confunde população geral de profissionais de países. Esta invisibilização pode ser decorrente das informações recebidas.

Pensar é criar novas formas de apresentar publicamente nossas diferenças, distinções e sínteses disjuntivas com respeito às ordens hegemônicas, que se nos propõem como situações além da nossa capacidade universal de transformação das condições de existência. Este “pensar de outro modo” pode nos parecer uma atitude de radical rejeição ao mundo em que vivemos. E não se trata exclusivamente disso. Pensar de outro modo é ser moderno, sejam quais forem os conteúdos que este conceito de moderno lhe dê às diferentes formações sociais, que compõem nosso universo. Pensar de outro modo é criar o novo, e isto não supõe outra coisa que se adaptar conscientemente, a regras que determinam o funcionamento de todo processo cultural<sup>509</sup>.

Portanto, analisar um veículo de informação de uma Instituição, como a OMS, sob um ponto de vista crítico, como utilizando a teoria crítica de direitos humanos, é

<sup>509</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 41, 42.

uma forma de visibilizar uma visão que está por trás de um texto para compreender quais são as motivações reais que norteiam as ações deste órgão. É o “pensar de um outro modo”, que Herrera Flores se referia, para podermos criar o novo e podermos atuar numa transformação de uma realidade.

O científico ou o teórico parecem não ser responsáveis pelos efeitos práticos de suas reflexões e de suas pesquisas. Toda tentativa de neutralidade valorativa se aproxima muitíssimo da aceitação acrítica das injustiças e opressões que dominam o mundo da globalização neoliberal. Joaquín Herrera Flores coloca que temos de afirmar rotundamente que, “se os fatos desmentem a teoria”, pior para a teoria<sup>510</sup>.

Em sequência, apresenta-se as posições do informe com relação à preparação dos trabalhadores<sup>511</sup>.

Entrada: preparación del personal sanitario: Un objetivo fundamental del desarrollo del personal sanitario es producir un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas y cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a clientes y poblaciones diversos. Para lograrlo es preciso planificar y gestionar activamente el sistema de producción de personal sanitario, centrándose en desarrollar instituciones docentes sólidas, fortaleciendo la reglamentación profesional y revitalizando la capacidad de contratación.

Esta parte nos pareceu extremamente importante, pois demonstrou uma preocupação da OMS com a formação dos profissionais a serem absorvidos pelas diferentes frentes de trabalho para ocuparem espaços deficitários, onde teriam um papel essencial na atuação dos cuidados dos usuários do sistema. A organização coloca que

---

<sup>510</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 106.

<sup>511</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acesso em 23/5/2012. p. xxi.

não é possível apenas o aumento do número de profissionais, mas um compromisso com qualidade.

#### **4.1.3. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2007 - Um futuro mais seguro: Proteção à saúde pública mundial no século XXI**

El Informe marca un hito en la historia de la salud pública y señala lo que podría ser uno de los mayores adelantos realizados en medio siglo para alcanzar la seguridad sanitaria. Muestra algunos riesgos crecientes que corre el mundo, como brotes de enfermedades, epidemias, accidentes industriales, desastres naturales y otras emergencias de salud que pueden convertirse en amenazas para la seguridad sanitaria mundial<sup>512</sup>.

O informe de 2007 foi destinado à promoção da segurança global sobre a saúde pública, a fim de reduzir a vulnerabilidade das populações às ameaças agudas de saúde<sup>513</sup>.

El Informe sobre la salud en el mundo 2007 está dedicado a promover la seguridad mundial en materia de salud pública, a fin de reducir la vulnerabilidad de las poblaciones a amenazas sanitarias agudas. En el Día Mundial de la Salud de este año, celebrado en abril, la OMS lanzó un debate sobre la seguridad sanitaria mundial. En todo el mundo, profesores universitarios, estudiantes, profesionales de la salud, políticos y círculos empresariales han entablado un diálogo sobre la manera de

---

<sup>512</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1) > Acceso em 11/01/2016.

<sup>513</sup> *Ibidem*, p. vii.

proteger al mundo de amenazas como la gripe pandémica, las consecuencias sanitarias de los conflictos y los desastres naturales y el bioterrorismo.

O objetivo do informe é a segurança global na saúde pública, definida como um conjunto de atividades proativas e reativas necessárias para reduzir a vulnerabilidade a eventos de saúde pública capazes de pôr em risco a saúde das populações<sup>514</sup>.

Ése es el objetivo general de la seguridad mundial en materia de salud pública, definida a efectos de este informe como el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales.

Este informe foi centrado em questões que ameaçam a saúde coletiva de pessoas a nível internacional: epidemias e pandemias de doenças infecciosas e outros eventos de saúde aguda, tal como definido na revisão do Regulamento Sanitário Internacional, conhecido como RSI (2005), que entrou em vigor em junho de 2007<sup>515</sup>.

La finalidad del Reglamento es detener las enfermedades en las fronteras internacionales. Constituye un instrumento legislativo esencial para la seguridad sanitaria mundial, que brinda el marco global necesario para prevenir, detectar y evaluar los incidentes que puedan constituir una emergencia de salud pública de

---

<sup>514</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. ix.

<sup>515</sup> *Idem.*

importancia internacional y, en caso necesario, ofrecer una respuesta coordinada a ellos.

O mundo atual, altamente móvel, interdependente e interligado oferece inúmeras oportunidades para a rápida propagação de doenças infecciosas, ameaças radionucleares e tóxicos, levando a necessidade de se atualizar e expandir o RSI. As doenças infecciosas se espalharam geograficamente muito mais rapidamente do que em qualquer outro momento da história, sendo inúmeras as doenças observadas. Durante os surtos destas doenças, tem sido fundamental a resposta rápida, muitas vezes com ajuda internacional<sup>516</sup>.

El cólera, la fiebre amarilla y las meningococias epidémicas han reaparecido en el último cuarto del siglo XX y reclaman mayores esfuerzos en materia de vigilancia, prevención y control. El síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y la gripe aviaria en seres humanos suscitaron gran preocupación a escala internacional, plantearon nuevos retos científicos, causaron un gran sufrimiento humano y acarrearón enormes perjuicios económicos. Otras virosis emergentes como la fiebre hemorrágica del Ebola, la fiebre hemorrágica de Marburgo y la enfermedad debida al virus de Nipah representan amenazas para la seguridad sanitaria mundial y, por su carácter agudo y su morbimortalidad, exigen que se las contenga en su origen. Durante los brotes de esas enfermedades ha habido que evaluar la situación y darle respuesta con rapidez, en muchos casos con ayuda internacional, para limitar la propagación local. Es imperativo fortalecer la capacidad para evaluar estas nuevas amenazas.

---

<sup>516</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1) > Acceso em 27/01/2016. p. x, xi.

A propagação da resistência microbiana aos agentes medicamentosos ameaça gravemente os avanços conseguidos<sup>517</sup>.

La propagación de la resistencia a los antimicrobianos amenaza gravemente los avances logrados en muchas áreas de la lucha contra las enfermedades infecciosas; en concreto, suscita gran preocupación la tuberculosis extremadamente farmacorresistente (tuberculosis XDR). La farmacorresistencia es también manifiesta en el caso de las enfermedades diarreicas, las infecciones nosocomiales, las infecciones de transmisión sexual, las infecciones de las vías respiratorias, la malaria y la meningitis, y está surgiendo en la infección por VIH.

As doenças são transmitidas por alimentos ou fatores relacionados aos mesmo, consequente de mudanças visando ao aumento da produção<sup>518</sup>.

La cadena alimentaria ha experimentado cambios rápidos e importantes en los últimos 50 años hasta hacerse muy compleja e internacional. Aunque en conjunto la inocuidad de los alimentos ha mejorado de forma espectacular, los avances son irregulares y muchos países sufren con frecuencia brotes de enfermedades transmitidas a través de alimentos contaminados por microorganismos, sustancias químicas y toxinas. El comercio transfronterizo de alimentos contaminados eleva las probabilidades de que los brotes se propaguen.

---

<sup>517</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. xi.

<sup>518</sup> *Idem*.



A segurança sanitária dos países dependerá da capacidade de cada um atuar com eficácia e contribuir para a segurança de todos. O mundo está mudando rapidamente e conseqüente a era da informação. Isso faz com da troca de informações sanitárias uma das medidas mais viáveis de segurança sanitária mundial<sup>519</sup>.

La instantaneidad de la comunicación electrónica supone que los brotes epidémicos ya no pueden mantenerse en secreto, como ocurría a menudo durante la aplicación del anterior Reglamento Sanitario Internacional (1969), conocido como RSI (1969). Los gobiernos eran reacios a notificar los brotes debido a los perjuicios que las interferencias en el comercio, los viajes y el turismo podían acarrear para sus economías. En realidad, los rumores son más dañinos que los datos. La confianza se construye a partir de la transparencia y es necesaria para la cooperación internacional en materia de salud y desarrollo.

O informe apresenta os marcos históricos importantes para a proteção contra a propagação das doenças, desde a “quarentena” a partir do século XIV à melhoria do saneamento para controlar os surtos de cólera no século XIX até vacinação com a eliminação da varíola no século XX<sup>520</sup>.

Entre esos hitos en materia de salud pública destacan la cuarentena, término acuñado en el siglo XIV para designar una medida de protección frente a enfermedades “foráneas” como la peste; mejoras del saneamiento con las que se consiguió controlar los brotes de cólera en el siglo XIX; y la llegada de la vacunación, que permitió erradicar la viruela y combatir muchas

---

<sup>519</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. xiii.

<sup>520</sup> *Ibidem*, p. 1.

otras enfermedades infecciosas en el siglo XX. Es fundamental conocer la historia de la cooperación sanitaria internacional, sus éxitos y sus fracasos, para apreciar su importancia y su potencial actuales.

O equilíbrio entre o homem e os agentes infecciosos é apresentado numa abordagem multidimensional, onde muito mais que fatores biológicos, estão envolvidos fatores sociais, geográficos, demográficos, ecológicos<sup>521</sup>.

El delicado equilibrio existente entre el hombre y los microbios es el resultado de generaciones de contacto, exposición de los sistemas inmunitarios y pautas de comportamiento humano. Hoy día las circunstancias han cambiado, de modo que el equilibrio se ve influido por factores como los cambios en la demografía y el comportamiento del hombre, el desarrollo económico y el uso de la tierra, el comercio y los viajes internacionales, la evolución del clima y de los ecosistemas, la pobreza, los conflictos, el hambre y la liberación intencional de agentes infecciosos o químicos. Todo ello ha acrecentado el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades.

Além da facilidade de propagação das doenças, um grande número de doenças surge rapidamente. Novas doenças são identificadas numa proporção nunca vistas anteriormente<sup>522</sup>.

Las enfermedades infecciosas no sólo pueden propagarse más deprisa, sino que parecen estar surgiendo con más rapidez que

---

<sup>521</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. 1.

<sup>522</sup> *Ibidem*, p. 2.

nunca. Desde los años setenta, se han identificado nuevas enfermedades al ritmo sin precedentes de una o más al año. Hoy en día existen al menos 40 enfermedades que se desconocían una generación atrás. Además, en los últimos cinco años la OMS ha verificado más de 1100 eventos epidémicos.

Muito interessante a abordagem apresentada com relação à varíola, doença exemplo de erradicação por uma ação da OMS. Após quase 30 anos da erradicação da doença, apresenta-se no informe a possibilidade de grupos terroristas se apropriarem do agente viral e utilizá-lo no bioterrorismo, podendo malograr os êxitos obtidos nesta doença<sup>523</sup>.

Después de la erradicación oficial, se ha señalado que algunos países y grupos terroristas podrían estar almacenando virus variólico. Su posible uso como amenaza bioterrorista es motivo de gran inquietud en muchos países industrializados (10). Se está trabajando en la obtención de una vacuna nueva y más segura contra la viruela, que debería fabricarse en enormes cantidades si hubiera que proceder a la inmunización contra una liberación intencional del virus. Así, casi 30 años después de su erradicación, la viruela se ha convertido en una importante amenaza para la salud pública, por el riesgo de liberación intencional del virus para provocar daños. Según un reciente informe de la OMS, "el mayor temor es que, en ausencia de capacidad mundial para atajar rápidamente un brote, se restablezca el carácter endémico de la viruela y se malogre uno de los grandes éxitos de la salud pública".

---

<sup>523</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 27/01/2016. p. 6.

As várias formas de colaboração para emergências de saúde de importância internacional são apresentadas na revisão do novo RSI de 2005<sup>524</sup>.

Las distintas modalidades de colaboración ante emergencias de importancia sanitaria internacional están recogidas en el nuevo Reglamento Sanitario Internacional revisado (2005). En la revisión del Reglamento, publicado por primera vez en 1969, se tuvieron en cuenta los conocimientos y la experiencia acumulados durante los años noventa en la respuesta a los cambios de la sociedad, el mundo microbiano, el entorno natural y el comportamiento humano, todos los cuales planteaban amenazas cada vez mayores para la seguridad sanitaria mundial. Se necesitaba un código de conducta acordado que pudiera, además de prevenir y controlar esas amenazas, darles una respuesta de salud pública, evitando al mismo tiempo interferencias innecesarias con el comercio y el tráfico internacionales. En 1996 la OMS sentó las bases para el establecimiento de un sistema mundial efectivo de alerta y respuesta ante epidemias, fundado esencialmente en un concepto de alianza internacional con muchos otros organismos e instituciones técnicas. Se establecieron mecanismos sistemáticos para el acopio de datos epidemiológicos y la verificación de la existencia de brotes, que permitieron realizar evaluaciones de riesgos, difundir información y dar una respuesta rápida sobre el terreno. Se creó la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), alianza técnica de instituciones y redes ya existentes, con el fin de poner en común recursos humanos y técnicos para la rápida identificación, confirmación y respuesta en caso de brotes epidémicos de importancia

---

<sup>524</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 27/01/2016. p. 8.

internacional. La red proporciona un marco operacional y de coordinación para tener acceso a esos conocimientos teóricos y prácticos, y para mantener a la comunidad internacional constantemente alerta ante la amenaza de brotes epidémicos y preparada para responder a ellos. Coordinada por la OMS, la red está formada por más de 140 asociados técnicos de más de 60 países. Esas instituciones y redes asociadas proporcionan rápidamente apoyo técnico multidisciplinar a escala internacional para responder a los brotes epidémicos.

A preparação internacional para emergências químicas foi apresentada, pois muitos países têm capacidade limitada para detectar e responder a incidentes químicos, e os incidentes que ocorrem em um país podem ter efeitos sobre os outros. Reforça-se a importância dos sistemas de vigilância, preparação para emergências e resposta à liberação de substâncias químicas, agentes biológicos e materiais radionucleares<sup>525</sup>.

Desde hace tiempo se reconoce que muchos países tienen una capacidad limitada para detectar y dar respuesta a los incidentes de origen químico, y que los incidentes que se producen en un país pueden muy bien tener efectos en otros. También se reconoce la necesidad de fortalecer la capacidad de preparación y respuesta de salud pública a escala tanto nacional como mundial. En la resolución WHA55.16 (13) de la Asamblea Mundial de la Salud, se insta a los Estados Miembros a fortalecer los sistemas de vigilancia, preparación para emergencias y respuesta ante la liberación de agentes químicos y biológicos y material radionuclear con el fin de mitigar las consecuencias potencialmente graves para la salud pública mundial de la liberación de esos agentes.

---

<sup>525</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 27/01/2016. p. 10.

Em 2002, a OMS estabeleceu o Sistema Mundial de Alerta e Resposta a Incidentes Químicos Global, que deveria funcionar nos moldes semelhantes aos do sistema de alerta e resposta a doenças transmissíveis. Em 2006, o sistema foi expandido para cobrir outras emergências de saúde ambiental, incluindo os relacionados com a interrupção dos serviços de saúde ambiental, tais como abastecimento de água e saneamento, e incidentes radiológicos<sup>526</sup>.

O RSI (2005) define uma emergência como um “acontecimento extraordinário” que poderia se espalhar internacionalmente ou requerer uma resposta internacional coordenada. A notificação à OMS é obrigatória para varíola, poliomielite causada por um vírus selvagem, influenza humana causada por um novo subtipo de vírus, e SARS<sup>527</sup>.

El RSI - Reglamento Sanitario Internacional (2005) define una emergencia como un «evento extraordinario» que podría propagarse a otros países o exigir una respuesta internacional coordinada. Los incidentes que pueden constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional son evaluados por los Estados Partes mediante un instrumento de decisión que, si se cumplen determinados criterios, exige que se notifique la situación a la OMS. La notificación es obligatoria cuando se presenta un solo caso de una enfermedad que pueda poner en peligro la seguridad sanitaria mundial: viruela, poliomielitis provocada por un poliovirus de tipo salvaje, gripe humana causada por un nuevo subtipo de virus, y SRAS.

---

<sup>526</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. 10.

<sup>527</sup> *Ibidem*, p. 12.

O novo regulamento já não se limita ao âmbito das seis doenças originais (cólera, peste, febre recorrente, a varíola, tifo e febre amarela), mas engloba "toda ou qualquer doença ou condição médica, independente da origem ou procedência, que esteja presente ou possa causar danos significativos para os seres humanos"<sup>528</sup>.

Esas amenazas para la seguridad en materia de salud pública, ya se trate de epidemias o de enfermedades infecciosas, desastres naturales, emergencias de origen químico u otros incidentes agudos relacionados con la salud, pueden deberse a una o más causas. Las causas pueden ser naturales, ambientales, industriales, accidentales o intencionadas, pero la mayoría de las veces están ligadas al comportamiento humano.

Entre os comportamentos humanos que afetam a segurança da saúde inclui-se as decisões e ações tomadas pelos indivíduos em todos os níveis, incluindo os líderes políticos, planejadores militares e especialistas de saúde pública para a população em geral, com consequências para a saúde, tanto negativas, quanto positivas<sup>529</sup>.

Los siguientes ejemplos muestran las repercusiones que pueden tener en la seguridad sanitaria los comportamientos humanos a que dan lugar las situaciones de conflicto o desplazamiento o las actitudes de autocomplacencia, falta de compromiso, y desconfianza y desinformación.

A falta de investimento suficiente em saúde pública resultante de uma falsa sensação de segurança na ausência de surtos de doenças infecciosas pode levar à vigilância reduzida e ausência de execução de programas eficazes de prevenção. O

---

<sup>528</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 27/01/2016. p. 16.

<sup>529</sup> *Idem.*

informe exemplifica através de epidemias, entre estas a dengue, que se apresenta como epidêmica em proporções extremamente graves na Ásia e América Latina<sup>530</sup>.

El proceso de urbanización y el aumento del comercio y los viajes internacionales han contribuido a la rápida propagación de los virus del dengue y sus vectores. El dengue provocó una pandemia sin precedentes en 1998, año en que 56 países notificaron a la OMS 1,2 millones de casos. Desde entonces, no han dejado de sucederse las epidemias de dengue, que han afectado a millones de personas desde América Latina hasta Asia sudoriental. En todo el mundo, la media anual de casos notificados a la OMS casi se ha duplicado en cada una de las cuatro últimas décadas.

Os conflitos armados nos variados países podem causar danos gravíssimos na saúde pública, com o comprometimento profundo dos sistemas de saúde, tornando-os totalmente ineficazes, possibilitando, por exemplo, surtos de doenças infecciosas<sup>531</sup>.

Cuando los gobiernos o los grupos armados inician un conflicto, uno de los efectos colaterales suele ser la destrucción o el debilitamiento de los sistemas de salud, que ven disminuida su capacidad para detectar, prevenir y responder a los brotes de enfermedades infecciosas, a lo que se suma la reducción del acceso de la población afectada a la atención sanitaria.

---

<sup>530</sup> p ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016.. 17.

<sup>531</sup> *Ibidem*, p. 21.



Os grandes movimentos migratórios populacionais causados por guerras, conflitos ou catástrofes naturais têm sido comuns nos últimos anos, aumentando consideravelmente o risco de epidemias de doenças infecciosas<sup>532</sup>.

La migración o el desplazamiento forzoso de grandes grupos de personas suelen obligar a éstas a vivir en condiciones de hacinamiento, pobreza y falta de higiene, lo que a su vez incrementa el riesgo de aparición de epidemias de enfermedades infecciosas.

Muitas das emergências de saúde pública descritas neste informe poderiam ser evitadas, ou melhor, controladas se os países afetados tivessem um sistema de saúde mais organizado e melhor preparado<sup>533</sup>.

Muchas de las emergencias de salud pública descritas en este informe podrían haberse prevenido o controlado mejor si los países afectados hubiesen dispuesto de unos sistemas de salud más sólidos y mejor preparados. A algunos países les resulta más difícil que a otros hacer frente eficazmente a las amenazas para la seguridad sanitaria porque carecen de los recursos necesarios o porque sus infraestructuras sanitarias se han desmoronado por falta de inversiones y escasez de profesionales sanitarios formados, o han resultado dañadas o destruidas por conflictos armados o por un desastre natural. Salvo raras excepciones, en general las amenazas para la salud pública son conocidas y controlables.

---

<sup>532</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. 21, 22.

<sup>533</sup> *Ibidem*, p. 61.

O informe encerra concluindo que para garantir um futuro melhor, é necessário a cooperação, colaboração e investimento em todo o mundo<sup>534</sup>.

Asegurar un futuro mejor exige cooperación, colaboración e inversiones a escala mundial. Ello supone gestionar el problema de las enfermedades mundiales con un planteamiento multisectorial que incluya a los gobiernos, la industria, los financiadores públicos y privados, la universidad, los organismos internacionales y la sociedad civil, todos los cuales tienen responsabilidades en la tarea de fortalecer la seguridad sanitaria mundial.

#### **4.1.4. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2008 - A atenção primária na saúde. Mais necessária do que nunca.**

El Informe sobre la salud en el mundo 2008 evalúa de forma crítica el modo en que la atención de salud se organiza, se financia y se presta en el mundo, tanto en los países ricos como en los pobres. Se documentan una serie de fracasos y defectos que han provocado peligrosos desequilibrios de la situación sanitaria entre poblaciones de un mismo país, o entre países<sup>535</sup>.

O informe anual de 2008 da OMS avalia de forma crítica como a atenção à saúde se organiza, financia e faz a prestação dos serviços no mundo, tanto nos países ricos, como nos pobres.

---

<sup>534</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 27/01/2016. p. 70.

<sup>535</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necessária que nunca. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 28/01/2016.

A declaração de Alma-Ata de 1978 vem a ser um marco para atenção primária à saúde (APS), sendo que os valores centrais da constituição da OMS e os que deram forma à declaração superam a prova de realidade e continuam sendo válidos. Destaca-se nesta declaração valores como justiça social, direito a uma melhor saúde para todos, participação e solidariedade<sup>536</sup>.

La Conferencia de Alma-Ata favoreció la aparición de un "movimiento en pro de la atención primaria de salud", impulsado por profesionales e instituciones, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, investigadores y organizaciones comunitarias, que decidieron afrontar la situación "política, social y económicamente inaceptable" de desigualdad sanitaria en todos los países. En la Declaración de Alma-Ata quedan claros los valores defendidos: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad. Se intuía que para impulsar esos valores había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores.

Os autores do informe acreditavam que se intuía que para impulsionar estes valores, deveria se mudar radicalmente a maneira na qual os sistemas de atenção sanitária funcionavam, aproveitando as possibilidades dos demais setores. Mesmo

---

<sup>536</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 28/01/2016. p. xii.

sendo as reformas observadas muito desiguais, a equidade sanitária passou a ocupar um lugar cada vez mais destacado<sup>537</sup>.

La traducción de esos valores en reformas palpables ha sido desigual. No obstante, la equidad sanitaria ocupa un lugar cada vez más destacado en el discurso de los líderes políticos y los ministros de salud, al igual que en las estructuras locales de gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil.

Os valores da APS em prol da saúde para todos requerem que os sistemas de saúde coloquem as pessoas no centro da atenção primária. Para tanto, é necessário que se tenha expectativas sobre a saúde e APS e, que as opiniões dos pacientes influenciem e determinem os serviços de saúde. Observa-se neste parágrafo do informe uma forma crítica para o direito humano à saúde, pois coloca que o indivíduo tem que se manifestar para que a atenção seja adequada<sup>538</sup>.

Los valores de la APS en pro de la salud para todos requieren que los sistemas de salud "pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria". Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar por tener en cuenta las "expectativas sobre la salud y la atención sanitaria" de los ciudadanos y garantizar que "su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva en la manera en que se diseñan y funcionan los servicios de salud". En un estudio reciente sobre la APS se expresa esta perspectiva como el "derecho a alcanzar el grado máximo de salud posible", "con la mayor equidad y

---

<sup>537</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 28/01/2016. p. xii.

<sup>538</sup> *Idem.*

solidaridad", considerando la necesidad de "dar respuesta a las necesidades de salud de la población".

A diminuição da mortalidade infantil foi expressiva desde a Declaração de Alma-Ata, conseqüente e simultânea a atendimento de outros direitos humanos, como à água, saneamento e assistência pré-natal, além do direito humano à vida<sup>539</sup>.

En general, las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. Si las tasas de mortalidad en la niñez fueran hoy las mismas que en 1978, en 2006 se habrían registrado 16,2 millones de defunciones infantiles en todo el mundo. En realidad, el número de tales defunciones fue de sólo 9,5 millones<sup>9</sup>. Esa diferencia de 6,7 millones equivale a salvar la vida de 18 329 niños cada día. El concepto otrora revolucionario de medicamentos esenciales se ha convertido en algo común. Se han registrado avances notables en el acceso al agua, el saneamiento y la atención prenatal.

As pessoas envolvidas em formular políticas públicas de saúde estão cada vez mais conscientes que a APS pode propiciar uma direção mais clara e uma maior unidade no atual contexto de fragmentação dos sistemas de saúde<sup>540</sup>.

El apoyo a la renovación de la APS se debe a que los formuladores de las políticas sanitarias son cada vez más conscientes de que la atención primaria puede propiciar un rumbo más claro y una mayor unidad en el actual contexto de

---

<sup>539</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 28/01/2016. p. xii.

<sup>540</sup> *Ibidem*, xiv.

fragmentación de los sistemas de salud, y constituye una alternativa a las soluciones improvisadas presentadas actualmente como remedio de los males del sector de la salud. También se tiene cada vez más conciencia de que, por distintos motivos, la atención de salud convencional, prestada a través de diversos mecanismos, no sólo es menos eficaz de lo que podría ser, sino que adolece de una serie de deficiencias y contradicciones generalizadas.

No informe, mostra-se que as barreiras de acesso são um importante fator de desigualdade. Além disso, quando as pessoas têm para comprar cuidados de saúde a um preço acima de suas possibilidades, problemas de saúde podem rapidamente levar a uma situação de pobreza ou de falência<sup>541</sup>.

A medida que ha ido aumentando la oferta general de servicios de salud, ha quedado cada vez más patente que los obstáculos al acceso constituyen un importante factor de inequidad: en particular, los honorarios cobrados a los usuarios son una importante causa de exclusión de la atención requerida. Además, cuando las personas tienen que comprar atención sanitaria a un precio por encima de sus posibilidades, los problemas de salud pueden desembocar rápidamente en una situación de pobreza o bancarrota.

Os autores destacam o olhar da comunidade internacional para as desigualdades e pobreza de uma forma mais sistemática, haja vista os ODM, no qual a saúde ocupa um importante papel, estando a APS para se atingir os objetivos almejados<sup>542</sup>.

---

<sup>541</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 28/01/2016. p. xvii.

<sup>542</sup> *Ibidem*, p. xxi.

En los diez últimos años, la comunidad mundial ha empezado a ocuparse de la pobreza y la desigualdad en el planeta de forma más sistemática, por ejemplo, estableciendo los ODM y poniendo de relieve la cuestión de la desigualdad en la formulación de las políticas sociales. A lo largo de ese proceso, el tema de la salud, muy relacionado con todo ello, ha ocupado un lugar destacado.

É apresentado no informe a Declaração de Alma-Ata, consagrando os princípios relacionados à equidade na saúde, centralidade das pessoas e o papel fundamental das comunidades em ações de saúde; ideias consideradas radicais para aquela época. No entanto, a investigação social mostrou que esses valores estão sendo integrados nas sociedades em processo de modernização, correspondendo com a forma que a população enfoca a saúde populacional e o que se espera do sistema de saúde. Assim, as crescentes expectativas sociais em relação à saúde e à atenção de saúde devem ser consideradas como um elemento importante motor das reformas da APS<sup>543</sup>.

Cuando la Declaración de Alma-Ata consagró los principios relativos a la equidad sanitaria, la centralidad de las personas y el papel fundamental de las comunidades en la acción sanitaria, esas ideas se consideraron radicales. Sin embargo, la investigación social apunta a que esos valores se están integrando en las sociedades en proceso de modernización, pues se corresponden con la manera en que la población enfoca la salud y con lo que espera del sistema sanitario. Por lo tanto, las crecientes expectativas sociales con respecto a la salud y la atención sanitaria deben ser consideradas un importante elemento impulsor de las reformas de la APS.

---

<sup>543</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 2.

Um crescimento econômico e expectativa de vida ao nascer diferente têm sido observados em diferentes partes do mundo. Melhoras expressivas foram observadas na Ásia (incluindo a Índia), América Latina e norte da África. Já resultados diferentes, com o crescimento do PIB e diminuição da expectativa de vida, foram observados em outros países, como na Rússia após a desintegração da União Soviética, pois após um período de estagnação tecnológica e organizacional, o sistema de saúde entrou em colapso<sup>544</sup>.

En 1978, cerca de dos terceras partes de la población mundial vivía en países que posteriormente experimentaron un incremento de la esperanza de vida al nacer y un importante crecimiento económico. Las mejoras relativas más impresionantes son las registradas en una serie de países de ingresos bajos de Asia (incluida la India), América Latina y el norte de África, que contaban con un total de 1100 millones de habitantes hace 30 años y tienen ahora casi 2000 millones.

En otras partes del mundo el crecimiento del PIB no se ha acompañado de mejoras similares en la esperanza de vida. El PIB medio por habitante creció considerablemente en la Federación de Rusia y los nuevos Estados independientes, pero debido a la situación de pobreza generalizada durante la transición de la antigua Unión Soviética, la esperanza de vida de las mujeres se ha estancado desde finales de la década de los ochenta y la de los hombres ha caído vertiginosamente, sobre todo la de los que carecen de educación y seguridad en el empleo. Tras un periodo de estancamiento tecnológico y organizativo, el sistema de salud se desmoronó.

---

<sup>544</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 3, 4.



Apresentou-se que há uma série de países de baixa renda, representando cerca de 10% da população mundial, em que tanto o PIB e como a expectativa de vida estagnou. Estes são os países considerados "Estados frágeis", sendo que 66% da população desses países estão na África. A má governança e os conflitos internos são comuns nesses países, que enfrentam obstáculos como falta de segurança, quebra de relações sociais, corrupção, deterioração do estado de direito e falta de mecanismos para a geração de poder e autoridade legítima<sup>545</sup>.

Por último, hay una serie de países de ingresos bajos, que representan aproximadamente el 10% de la población mundial, en los que tanto el PIB como la esperanza de vida se han estancado. Se trata de los países considerados "Estados frágiles" de acuerdo con los criterios relativos a los "países de bajos ingresos en dificultades" (LICUS) para 2003-2006. El 66% de la población e esos países se encuentra en África. La mala gobernanza y los conictos internos prolongados son comunes en esos países, que se enfrentan a obstáculos similares: poca seguridad, fractura de las relaciones sociales, corrupción, deterioro del estado de derecho y falta de mecanismos para generar autoridad y poder legítimos.

Uma característica comum em Estados frágeis e África subsaariana é a combinação de crescimento econômico estagnado, instabilidade política e falta de progressos na esperança de vida<sup>546</sup>.

Una característica que ha sido sorprendentemente común en los Estados frágiles y los países del África subsahariana durante

---

<sup>545</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 5, 6.

<sup>546</sup> *Ibidem*, p. 6.

gran parte de los tres últimos decenios, y que los diferencia de los demás Estados que partían con menos de U\$ 3000 por habitante en 1975, es la combinación de un crecimiento económico estancado, inestabilidad política y falta de progresos en la esperanza de vida.

Nestes países, vários fatores dificultam a melhoria da saúde, tais como a educação, especialmente para as mulheres, o acesso a comunicações e atividades que exigem conhecimento especializado para expandir os recursos intelectuais, população mais exposta e mais vulnerável a ameaças ambientais e questões relacionadas à saúde do mundo globalizado, como tabagismo, obesidade, violência urbana, falta de equipamento de segurança necessária para investir na sua própria saúde e governos sem os recursos e compromisso necessário para fazer investimentos públicos. Além disso, essas pessoas estão muito mais expostas a guerras e conflitos armados<sup>547</sup>.

En esos países se acumulan factores que dificultan la mejora de la salud. La educación, sobre todo la de las mujeres, progresa más lentamente, al igual que el acceso a comunicaciones modernas y a actividades que requieren conocimientos especializados y que amplían los recursos intelectuales de las personas en los demás lugares. Su población está más expuesta y es más vulnerable a las amenazas ambientales y otras amenazas para la salud, como son en el actual mundo globalizado el tabaquismo, la obesidad y la violencia urbana y, por otra parte, no tiene la seguridad material necesaria para invertir en su propia salud, y sus gobiernos carecen de los recursos y el compromiso que hacen falta para realizar inversiones públicas. Además, esas personas están mucho más expuestas a las guerras y los conflictos armados que la población de los países más

---

<sup>547</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 29/01/2016. p. 6.

ricos. Sin crecimiento, la paz es mucho más difícil de conseguir y, sin paz, el crecimiento se estanca: una guerra civil de una duración típica de siete años reduce por término medio el crecimiento de un país en torno a un 2,3% anual y lo hace un 15% más pobre.

Sem políticas e lideranças fortes, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente em torno de valores da APS ou respondem de forma eficaz às mudanças de desafios de saúde. Os sistemas de saúde estão sujeitos a forças poderosas e influências que, muitas vezes, substituem a definição racional de prioridades ou políticas, levando a que os sistemas de saúde sejam desviados de seus objetivos originais. Algumas das tendências caracterizam os sistemas de saúde convencionais com um foco desproporcional sobre atendimento terciário especializado, muitas vezes conhecido como "hospitalocentrismo"; fragmentação dos serviços, e mercantilização generalizada de cuidados dos sistemas de saúde não regulamentados<sup>548</sup>.

Algunas de las tendencias que caracterizan actualmente a los sistemas de salud convencionales son una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como "hospitalocentrismo"; la fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos; y la mercantilización generalizada de la atención en los sistemas sanitarios no regulados.

O “hospitalocentrismo” e as subespecialidades, centrais durante grande parte do século XX, continuaram sendo importantes causas de ineficiência e desigualdade dos sistemas de saúde, muito difíceis de mudar, levando a medicalização desnecessária e iatrogênica, comprometendo as dimensões humanas e sociais da saúde<sup>549</sup>.

---

<sup>548</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 12.

<sup>549</sup> *Idem*.

Durante gran parte del siglo XX, los hospitales, con su tecnología y sus subespecialistas, han ido adquiriendo una función central en la mayoría de los sistemas de salud del mundo entero. Hoy en día la focalización desproporcionada en los hospitales y la subespecialización es una causa importante de ineficacia y desigualdad, y esa situación ha demostrado ser muy difícil de cambiar. Puede que las autoridades sanitarias expresen ahora su preocupación al respecto con mayor insistencia que antes, pero la subespecialización sigue prevaleciendo. El hospitalocentrismo entraña un costo elevado en cuanto a medicalización innecesaria y iatrogenia y compromete las dimensiones humana y social de la salud.

Alguns países têm conseguido equilibrar a atenção especializada com a APS, como é o caso do Brasil através da medicina da família e comunidade<sup>550</sup>.

Más recientemente, algunos países de ingresos medios, como Chile con su Atención Primaria de Salud, el Brasil con su iniciativa de salud familiar y Tailandia con su plan de cobertura universal, han mejorado análogamente el equilibrio entre la atención hospitalaria especializada y la atención primaria.

A atenção à saúde mercantilizada tem tomado proporções sem precedentes nos países que por escolha ou incapacidade não regulam a saúde. Esta atenção não regulada domina o panorama da atenção sanitária na África subsaariana a países com economias em transição da Ásia e Europa, sendo este fenômeno da mercantilização visto tanto no setor público, como privado<sup>551</sup>.

---

<sup>550</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 13.

<sup>551</sup> *Ibidem*, p. 15.

La atención de salud mercantilizada ha alcanzado proporciones sin precedentes en los países que, por elección o por falta de capacidad, no regulan el sector de la salud. En un principio limitada a las zonas urbanas, la atención no regulada a pequeña escala con pago por servicio, ofrecida por una multitud de proveedores independientes, domina ahora el panorama de la atención sanitaria, desde el África subsahariana hasta los países con economías en transición de Asia o Europa. Ese fenómeno de mercantilización se da a menudo tanto en el sector público como en el privado.

Apresenta-se no informe que raramente, ou nunca, uma situação de igualdade é obtida em termos de saúde, riqueza ou poder. Algumas sociedades são mais igualitárias do que as outras, mas como um todo o mundo é "desigual". No entanto, pesquisas mostram que as pessoas se preocupam com essas desigualdades, considerando que as "desigualdades" são injustas podendo e devendo ser evitadas. As pessoas estão cada vez mais críticas com a forma que a renda é distribuída, acreditando-se que uma "sociedade justa" deva fazer o possível para corrigir esses desequilíbrios<sup>552</sup>.

Rara vez, si no nunca, se logra una situación de equidad en cuanto a la salud, la riqueza o el poder. Algunas sociedades son más igualitarias que otras, pero en su conjunto el mundo es "desigual". Sin embargo, las encuestas sobre valores demuestran que las personas se interesan por esas desigualdades y consideran que en su mayoría se trata de "inequidades" injustas que se pueden y deben evitar. Los datos disponibles desde comienzos de los ochenta muestran que la gente es cada vez más crítica con la manera en que están distribuidos los ingresos y

---

<sup>552</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 29/01/2016. p. 16, 17.

creo que una "sociedad justa" debería hacer lo posible por corregir esos desequilibrios. Eso significa que a los formuladores de políticas les resulta más difícil que antes pasar por alto las dimensiones sociales de sus políticas.

Os valores fundamentais definidos na Declaração de Alma-Ata com relação a APS, não estão apenas como convicções morais defendidas por intelectuais de vanguarda, mas atualmente estão presentes em cidadãos comuns com expectativas sociais. Valores como equidade, centralidade das pessoas, participação da comunidade e movimentos de autodeterminação, defendidas pela APS passaram a ser defendidos por cidadãos em sociedades em processo de modernização<sup>553</sup>.

Así pues, los valores fundamentales definidos hace tres décadas por el movimiento en pro de la APS están ahora mucho más presentes en numerosos contextos que en la época de la Declaración de Alma-Ata. Y no existen sólo como convicciones morales defendidas por un grupo de intelectuales de vanguardia, sino que cada vez tienen más fuerza como expectativas sociales concretas, sentidas y reafirmadas por amplios grupos de ciudadanos ordinarios de sociedades en proceso de modernización. Hace 30 años, muchos consideraban radicales los valores de equidad, centralidad de las personas, participación comunitaria y libre determinación propugnados por el movimiento en pro de la APS. Actualmente esos valores se han convertido en expectativas sociales para la salud ampliamente compartidas, que cada vez son más comunes en muchas sociedades del mundo, aunque el lenguaje utilizado para expresarlas pueda ser distinto del empleado en Alma-Ata.

---

<sup>553</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 20.

A equidade é uma das características mais destacadas da APS, sendo uma das esferas mais desiguais, onde as reformas produzem maiores benefícios. Os pagamentos diretos do usuário para atenção de saúde são uma causa importante da desigualdade<sup>554</sup>.

Si bien la equidad constituye una de las características más destacadas de la APS, también es una de las esferas en las que los resultados han sido más desiguales y donde las reformas más eficaces producen tal vez los mayores beneficios. Los pagos directos del usuario por la atención de salud no son sino una de las fuentes de la inequidad sanitaria. La profunda desigualdad de oportunidades para acceder a la atención de salud, sumada a las desigualdades endémicas en la prestación de la asistencia, da pie a inequidades generalizadas en los resultados sanitarios. La creciente toma de conciencia de estas pautas regresivas está provocando una intolerancia cada vez mayor hacia todo el espectro de diferencias innecesarias, evitables e injustas que presenta el sector de la salud.

O informe coloca as diferenças evidentes nos serviços hospitalares e de atenção primária oferecidos às pessoas privilegiadas e as de classe social mais pobres. As diferenças de vulnerabilidade e exposição se somam às desigualdades em saúde para levar a resultados sanitários desiguais e estes, contribuem para agudizar a estratificação social que inicialmente havia provocado às desigualdades<sup>555</sup>.

Gran parte de los servicios de salud – en especial los hospitales, pero también la atención de primer nivel – adolecen de una inequidad sistemática consistente en suministrar más servicios y

---

<sup>554</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 29/01/2016. p. 26.

<sup>555</sup> *Ibidem*, p. 26.

de mayor calidad a las personas acomodadas que a la población pobre, que está más necesitada de ellos. Las diferencias de vulnerabilidad y exposición se suman a las desigualdades en salud para dar lugar a resultados sanitarios desiguales, y éstos contribuyen a agudizar la estratificación social que en un primer momento había provocado desigualdades.

Um dos passos para se conseguir chegar a equidade é a cobertura universal para todos. No entanto, apenas cobertura universal não é suficiente para promover a equidade, haja visto a persistência de desigualdades em países com cobertura universal ou quase universal<sup>556</sup>.

El paso fundamental que puede dar un país para promover la equidad sanitaria es avanzar hacia la cobertura universal: el acceso universal a toda la gama de servicios de salud personal y no personal que se necesitan, unido a la protección social en salud. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para garantizar la salud para todos y la equidad sanitaria, visto que las desigualdades persisten en los países que cuentan con una cobertura universal o casi universal, pero sienta los fundamentos necesarios.

As características da APS são a centralidade da pessoa, abrangência, integração e continuidade de cuidados, com um ponto de acesso sistemático aos cuidados de saúde para os doentes e para aqueles que cuidam dos mesmos, podendo estabelecer uma relação duradoura baseada na confiança<sup>557</sup>.

---

<sup>556</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 29/01/2016. p. 27.

<sup>557</sup> *Ibidem*, p. 44.



Esas características son la centralidad de la persona, la integralidad y la integración, y la continuidad de la asistencia, con un punto de acceso sistemático al sistema sanitario para que los pacientes y quienes les atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza. Dar prioridad a las personas, que es el objetivo primordial de las reformas de la prestación de servicios, no es un principio trivial pues puede requerir desviaciones importantes – aunque a menudo sencillas – de la forma habitual de trabajar.

A atenção à saúde deve ser eficaz e segura. A medicina baseada em evidências vem dar bases para tomadas de decisões, a partir de dados científicos sem deixar de levar em conta a pessoa do paciente<sup>558</sup>.

La atención de salud debe ser eficaz y segura. Los profesionales y la población a menudo sobrevaloran el funcionamiento de sus servicios de salud. La aparición de la medicina basada en la evidencia en los años ochenta ha contribuido a conferir a la adopción de decisiones sanitarias el poder y el rigor de los datos científicos, sin dejar de tener en cuenta los valores y preferencias del paciente. Durante el último decenio se han llevado a cabo varios centenares de exámenes de la eficacia, que han propiciado una mejora de la información sobre las opciones de que disponen quienes se ocupan de la atención de salud cuando atienden a sus pacientes.

É necessário entender as pessoas de uma forma holística, abordando problemas físicos, emocionais e sociais, com o seu passado e futuro, além da realidade do mundo em que vivem. Isso torna complicado se lidar com problemas de saúde<sup>559</sup>.

---

<sup>558</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 30/01/2016. p. 46.

Manejar los problemas de salud, en cambio, es más complicado porque hay que entender a la gente de manera holística: sus problemas físicos, emocionales y sociales, su pasado y su futuro, y las realidades del mundo en que viven. Sin una perspectiva global de la persona, atenta al contexto familiar y comunitario, se pierden de vista aspectos importantes de la salud que a primera vista no encajan en las distintas categorías de enfermedad.

A especialização tem muitas vantagens práticas, mas a fragmentação, impedindo uma abordagem holística pode se tornar contraproducente e ineficaz<sup>560</sup>.

La especialización tiene sus ventajas prácticas, pero la fragmentación que induce es a menudo claramente contraproducente e ineficaz: no tiene sentido controlar el crecimiento de los niños y descuidar la salud de sus madres (y viceversa), o tratar la tuberculosis de un paciente sin considerar su serología VIH o sin preguntarle si fuma.

Os serviços integrais facilitam a rápida detecção e prevenção dos problemas, inclusive da demanda explícita<sup>561</sup>.

Los servicios integrales también facilitan la detección y prevención tempranas de los problemas, incluso en ausencia de una demanda explícita. Comprender a las personas y el contexto

---

<sup>559</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 48, 49.

<sup>560</sup> *Ibidem*, p. 51.

<sup>561</sup> *Ibidem*, p. 52.

en que viven no sólo es importante para ofrecer una respuesta integral y centrada en la persona, sino que también condiciona la continuidad de la atención. Los dispensadores de salud se comportan a menudo como si su responsabilidad comenzara al entrar el paciente y terminara al irse. La atención, sin embargo, no debe limitarse al momento en que el paciente expone su problema, ni quedar confinada a las cuatro paredes de la sala de consulta. La preocupación por los resultados obliga a aplicar un enfoque sistemático y coherente a la gestión del problema del paciente, hasta que éste se resuelva o el riesgo que justifica el seguimiento haya desaparecido. La continuidad de la atención es un factor determinante de la eficacia, ya sea para el tratamiento de enfermedades crónicas, la salud reproductiva o la salud mental o para verificar que los niños crezcan sanos.

A continuidade da atenção exige a garantia da continuidade da informação a medida que a pessoa envelheça, quando muda de residência ou quando os profissionais interagem. É necessária uma rede de cuidados<sup>562</sup>:

La continuidad de la atención exige que se garantice la continuidad de la información a medida que la gente envejece, cuando cambia de residencia o cuando diferentes profesionales interactúan con una persona u hogar determinados. El acceso a las historias clínicas y los informes de alta, electrónicos, convencionales o conservados por los pacientes, mejora la elección del tratamiento y la coordinación de la atención.

A integralidade, a continuidade e a centralidade da pessoa são fundamentais para obtenção de resultados de saúde melhores, exigindo-se uma relação pessoal estável,

---

<sup>562</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 30/01/2016. p. 52, 53.

denominada “longitudinade”. No modelo do “hospitalocentrismo”, com especialistas e subespecialistas, é gerado o anonimato, o tecnicismo e o mecanicismo<sup>563</sup>.

La integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona son fundamentales para obtener resultados sanitarios mejores, y las tres exigen una relación personal estable, a largo plazo (es lo que se denomina también "longitudinalidad"), entre la población y los profesionales que son sus puntos de acceso al sistema de salud. La mayor parte de la atención ambulatoria en entornos convencionales no está organizada para posibilitar ese tipo de relación. El entorno ajetreado, anónimo y técnico de los ambulatorios de hospital, con sus numerosos especialistas y subespecialistas, genera interacciones mecánicas entre individuos sin nombre y la institución, en vez de propiciar una atención centrada en la persona.

Apresenta-se no informe a importância de um serviço de saúde organizado em redes, possibilitando além de serviços integrados diagnósticos, curativos, reabilitativos e paliativos, a oferta de serviços para a prevenção e promoção de saúde<sup>564</sup>.

Un servicio de salud que sirva de punto de acceso ambulatorio de los problemas de salud o relacionados con la salud debería ofrecer por tanto una amplia gama de servicios integrados diagnósticos, curativos, reabilitativos y paliativos. En contraste con los modelos asistenciales más convencionales, la oferta de servicios debería incluir la prevención y la promoción, así como intervenciones centradas en los determinantes de la mala salud a

---

<sup>563</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 54.

<sup>564</sup> *Ibidem*, p. 55.

nivel local. Una relación directa y duradera entre el médico y los miembros de la comunidad atendida es esencial para poder tener en cuenta el contexto personal y social de los pacientes y sus familias, garantizando la continuidad de la atención a lo largo del tiempo y en todos los servicios.

Para que a equipe de saúde possa se responsabilizar pela população atendida, ela deve contar com o apoio de uma equipe especializada, organizações e instituições localizadas fora da área da comunidade<sup>565</sup>.

Los equipos de atención primaria no pueden responsabilizarse plenamente de su población si no cuentan con el apoyo de servicios especializados, organizaciones e instituciones ubicados fuera de la comunidad atendida. Cuando escasean los recursos, esas fuentes de apoyo suelen estar concentradas en un "hospital distrital de referencia de primer nivel". De hecho, la imagen clásica de un sistema de salud basado en la APS es una pirámide con el hospital distrital en la parte superior y con una serie de centros de salud (públicos) que remiten a la autoridad superior.

Com a efetividade da APS e expansão das redes de atendimento, pode-se progressivamente ampliar os atendimentos de urgência e emergência, atendimentos especializados, a eficiência de programas de saúde que possibilitem a detecção precoce de doenças, centros de diálise, infraestrutura, farmácias, entre outras<sup>566</sup>.

A medida que las redes asistenciales se expanden, el paisaje de la atención de salud se hace más concurrido y pluralista. Una

---

<sup>565</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 58.

<sup>566</sup> *Idem.*

mayor cantidad de recursos propicia la diversificación, y la nueva gama de servicios especializados al alcance puede incluir servicios de emergencia, especialistas, infraestructura de diagnóstico, centros de diálisis, cribado del cáncer, técnicos ambientales, instituciones de atención a largo plazo, farmacias, etc. Todo esto brinda nuevas oportunidades, siempre que los equipos de atención primaria sean capaces de ayudar a su comunidad a sacar el máximo partido de ese potencial, lo cual es especialmente importante para la salud pública, la salud mental y la atención a largo plazo.

Na figura abaixo, o informe demonstra a atenção primária como o centro da coordenação<sup>567</sup>:

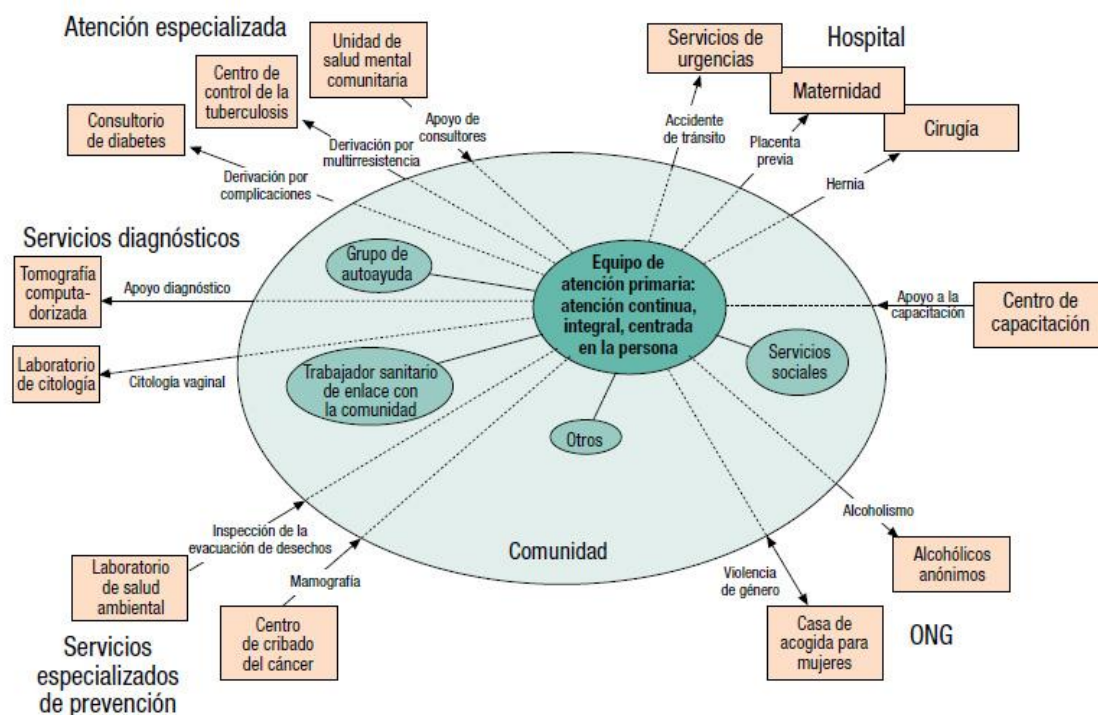


Figura 8 - A atenção primária como centro da coordenação: criação de redes na comunidade atendida e comunicação externa.

<sup>567</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 13/02/2016. p. 59.

Discorre-se também sobre as políticas públicas que se devem aplicar: políticas sistêmicas, políticas de saúde pública, e políticas de outros setores<sup>568</sup>.

Las políticas que deben aplicarse, y que son las siguientes - políticas sistémicas: disposiciones que es preciso adoptar en los elementos constitutivos de los sistemas de salud para apoyar la cobertura universal y la prestación eficaz de servicios; políticas de salud pública: intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud; y políticas en otros sectores: contribuciones a la salud que pueden llevarse a cabo mediante la colaboración intersectorial.

Um primeiro grupo de políticas públicas é constituído por políticas de saúde que dependem da atenção primária e das reformas para a cobertura universal. Um segundo grupo compreende as políticas e os programas técnicos, que oferecem às equipas de atenção primária orientações para enfrentar os problemas de saúde prioritários. Estão entre estas, as políticas públicas que possibilitam a resposta rápida a ameaças graves para saúde pública, em particular às epidemias e catástrofes. O terceiro grupo se baseia na possibilidade de melhorar a saúde da população, principalmente por setores distintos da saúde<sup>569</sup>.

Un primer grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.)

---

<sup>568</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 30/01/2016. p. 66.

<sup>569</sup> *Ibidem*, p. 66, 67.

de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal.

Unas políticas de salud pública eficaces que aborden problemas de salud prioritarios constituyen un segundo grupo sin el cual la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal se verán dificultadas. Comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan, asimismo, las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud. Por último, las políticas públicas contemplan también la capacidad de respuesta rápida, en régimen de mando y control, para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes.

El tercer conjunto de políticas de primera importancia se conoce como «la salud en todas las políticas» y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas controladas principalmente por sectores distintos del sanitario.

Quando os componentes do sistema de saúde funcionam mal ou estão desajustados, o desempenho global fica comprometido. Os componentes dos sistemas de saúde compreendem as infraestruturas, os recursos humanos, a informação, as tecnologias e o financiamento, sendo que todos eles repercutem na prestação de serviços<sup>570</sup>.

Cada vez se tiene mayor conciencia de que, cuando hay componentes del sistema de salud que funcionan mal o están

---

<sup>570</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 68.



desajustados, el desempeño global se resiente. Denominados a veces "funciones básicas" o "elementos constitutivos", los componentes de los sistemas de salud comprenden las infraestructuras, los recursos humanos, la información, las tecnologías y la financiación, y todos ellos repercuten en la prestación de servicios. No se ajustan de manera espontánea o sencilla a la orientación prevista para las reformas de la APS que promueven la atención primaria y la cobertura universal: lograr ese ajuste exige adoptar medidas normativas explícitas e integrales.

Importante abordagem das políticas públicas com relação aos medicamentos essenciais foi apresentada no informe. Quanto às políticas farmacêuticas, o informe coloca que a opção das autoridades nacionais em adotar e adaptar as normas mundiais é muito mais eficiente do que cada país fazer as suas próprias normas<sup>571</sup>.

La experiencia en la promoción de los medicamentos esenciales ha arrojado luz sobre las oportunidades y los obstáculos para instaurar unas políticas sistémicas eficaces en pro de la APS. Desde que la OMS estableció la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales en 1977, ésta se ha convertido en un estímulo fundamental para la elaboración de políticas nacionales de medicamentos.

Las políticas farmacéuticas muestran cómo pueden explotarse las eficiencias de escala de las organizaciones. La seguridad, la eficacia y la calidad de la atención tienen rasgos universales que permiten someterlas a normas internacionales acordadas a nivel mundial. La opción de que las autoridades nacionales adopten y adapten esas normas mundiales es mucho más eficiente que la

---

<sup>571</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1) > Acesso em 30/01/2016. p. 68.

de que cada país invente las suyas propias. Los mecanismos nacionales de toma de decisiones y de adquisición pueden así propiciar una selección de medicamentos racional y basada en la costoeficacia, y reducir los costes mediante la realización de compras a granel.

No entanto, resultados excelentes foram obtidos no Brasil, com relação à possível quebra de patentes para os medicamentos no tratamento da infecção por HIV/SIDA com redução significativa no preço do medicamento após anúncio desta possibilidade<sup>572</sup>.

Já abordado no informe de 2006, neste relatório se retorna ao fundamental investimento na política de recursos humanos, haja vista o déficit de trabalhadores na área de saúde<sup>573</sup>.

Las políticas de recursos humanos de los sistemas han sido durante mucho tiempo un área desatendida y uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los sistemas de salud. La constatación de que para lograr los ODM relacionados con la salud es preciso corregir el masivo déficit de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos ha dirigido por fin la atención a un área hasta ahora descuidada. Por otra parte, el dato de que cada vez se depende más de los trabajadores sanitarios migrantes para hacer frente a la escasez de estos profesionales en los países de la OCDE resalta el hecho de que las políticas de un país pueden repercutir considerablemente en las de otro. Las decisiones que toman – o no logran tomar – los países pueden tener importantes consecuencias a largo plazo. Los recursos

---

<sup>572</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 367.

<sup>573</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 69.

humanos para la salud representan el insumo indispensable para la aplicación efectiva de las reformas en pro de la atención primaria y la cobertura universal, así como la personificación de los valores que definen la APS.

No setor da saúde, grande parte das intervenções estão centradas nas doenças com alta carga de morbidade, como a SIDA, o que tem contribuído para revitalizar e reforçar aspectos fundamentais da atenção primária, tais como integralidade a continuidade e a centralidade da pessoa<sup>574</sup>.

En el sector de la salud, gran parte de las intervenciones se centran en enfermedades concretas con una alta carga de morbilidad, como el VIH/SIDA, o en etapas del ciclo vital, como la infancia; son los denominados problemas de salud prioritarios. Los programas sanitarios diseñados para abordar estas prioridades son a menudo integrales en la medida en que fijan normas, ofrecen visibilidad y garantía de la calidad, y comprenden toda una gama de puntos de acceso para hacer frente a aquéllas a nivel local, nacional o regional. Según se formulen, las respuestas a esos problemas de salud prioritarios pueden reforzar o debilitar la APS.

Lo más importante es que la adopción de fórmulas basadas en la continuidad asistencial aplicada al VIH/SIDA, que se extiende desde la prevención hasta el tratamiento y los cuidados paliativos, ha contribuido a reactivar y reforzar aspectos fundamentales de la atención primaria, como la integralidad, la continuidad y la centralidad de la persona.

---

<sup>574</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 69, 70.

Mesmo que as reformas da APS enfatizem a importância participativa de diversos interessados, as catástrofes humanitárias e os surtos epidêmicos exigem capacidade de resposta rápida, o que é fundamental para se enfrentar eficazmente o problema e um imperativo absoluto para se manter a confiança pública no sistema de saúde<sup>575</sup>.

Aunque las reformas de la APS hacen hincapié en la importancia de la implicación participativa y deliberativa de diversos interesados, las catástrofes humanitarias y los brotes epidémicos exigen una capacidad de respuesta rápida que es crucial para afrontar eficazmente el problema y un imperativo absoluto para mantener la confianza de la población en su sistema de salud. Puede ser vital declarar cuarentenas o prohibiciones de viajes, secuenciar rápidamente el genoma de un nuevo agente patógeno para mejor diseñar vacunas o tratamientos, o movilizar sin demora a trabajadores y centros sanitarios. Aunque ante una "emergencia" se suele contar con la necesaria buena voluntad y flexibilidad de esos diversos actores para darle respuesta, es más probable que ésta sea eficaz si se ha invertido seriamente en la preparación.

É apresentado no informe, que políticas públicas em outros setores vão influenciar positivamente na saúde da população<sup>576</sup>:

Las políticas públicas formuladas por otros sectores (sobre educación, igualdad de género e inclusión social) pueden

---

<sup>575</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 71.

<sup>576</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: < [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 73.

contribuir positivamente a la salud por cauces también insospechados para dichos sectores. Es posible potenciar sus efectos persiguiendo con mayor determinación esos resultados sanitarios positivos como parte integrante de la política.

Assim, voltando ao capítulo de direitos humanos, acreditamos que o informe está em consonância com a visão de não seja possível contemplar o direito humano à saúde se os outros direitos não forem contemplados juntamente

A responsabilidade de configurar os sistemas nacionais de saúde cabe aos governos, tendo muitos grupos, como os políticos nacionais e os governos locais, profissionais de saúde, comunidade científica e organizações da sociedade civil, bem como a comunidade de saúde mundial, um papel fundamental<sup>577</sup>.

En último término, la responsabilidad de configurar los sistemas nacionales de salud incumbe a los gobiernos. Por configurar no debe entenderse que éstos deberían – o siquiera podrían – reformar todo el sector sanitario por sí solos. Muchos otros grupos tienen un papel que desempeñar: los políticos nacionales y los gobiernos locales, los profesionales sanitarios, la comunidad científica y las organizaciones de la sociedad civil, así como la comunidad sanitaria mundial. Sin embargo, la responsabilidad encomendada a los organismos públicos en materia de salud es singular y se fundamenta en una política de principios y en expectativas muy extendidas. Desde el punto de vista político, la legitimidad de los gobiernos y su apoyo popular dependen de su capacidad de proteger a los ciudadanos y de desempeñar una función redistributiva. La gobernanza sanitaria es uno de los principales instrumentos de política pública para la protección y la redistribución institucionalizadas. En los Estados

---

<sup>577</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 84.

modernos se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que pueden acarrear las enfermedades. Estas responsabilidades fueron ampliándose y a ellas se sumó la corrección de los fallos del mercado que caracterizan al sector sanitario.

#### **4.1.5. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2009 - Situação mundial da segurança rodoviária (Prevenção da violência e dos traumatismos)**

El Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial refuerza nuestra visión de los traumatismos por accidentes de tránsito como un problema mundial de salud y desarrollo. Todos los años, más de 1,2 millones de personas fallecen como consecuencia de accidentes en las vías de tránsito y nada menos que otros 50 millones sufren traumatismos. Más del 90% de las defunciones se producen en los países de ingresos bajos y medianos<sup>578</sup>.

O informe anual de 2009 elegeu abordar a situação mundial da segurança rodoviária, com os traumatismos por acidentes de trânsito como um problema mundial de saúde e desenvolvimento, considerando que mais de 90% das mortes por estas causas ocorrem em países de baixa e média renda.

Este relatório chama a atenção para as necessidades de todos os usuários do sistema rodoviário, incluindo os que pertencem aos grupos mais vulneráveis, sendo

---

<sup>578</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)>

Acesso em 30/01/2016. p. v.

proposto que devam ser levados em conta e dada igual prioridade ao planejar as decisões políticas sobre a segurança rodoviária, uso da terra e tráfego urbano<sup>579</sup>.

El Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial llama la atención sobre las necesidades de todos los usuarios de las vías de tránsito, incluidos los pertenecientes a los grupos más vulnerables. A ellos también hay que tenerlos en cuenta y concederles la misma prioridad a la hora de planificar las decisiones de política sobre seguridad vial, uso del suelo y circulación urbana.

A importância do informe se deve aos números expressivos de morte e lesões não fatais decorrentes dos acidentes do trânsito, atingindo níveis epidêmicos. Apresenta-se a situação de 178 países, com os dados de 2008<sup>580</sup>.

Todos los años fallecen más de 1,2 millones de personas en las vías de tránsito del mundo, y entre 20 y 50 millones sufren traumatismos no mortales. En la mayoría de las regiones del mundo, esta epidemia de accidentes de tránsito sigue aumentando. El presente Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es la primera evaluación amplia de la situación de la seguridad vial en 178 países, y se ha hecho utilizando datos extraídos de una encuesta normalizada llevada a cabo en 2008.

---

<sup>579</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. v.

<sup>580</sup> *Ibidem*, p. vii.

Os transportes rodoviários vão ter um papel muito importante no desenvolvimento dos países, facilitando o movimento de bens e pessoas. Permitem maior acesso ao emprego, mercados econômicos, educação, recreação e cuidados de saúde, que, por sua vez, afetam positivamente direta e indiretamente a saúde das populações. Portanto, pode-se ver claramente uma posição política do informe ao abordar a situação e segurança no sistema rodoviário<sup>581</sup>.

El transporte por carretera beneficia tanto a las naciones como a los individuos porque facilita el movimiento de bienes y personas. Permite un mayor acceso a los empleos, los mercados económicos, la educación, la recreación y la atención sanitaria, lo cual, a su vez, incide positivamente de forma directa e indirecta en la salud de las poblaciones. Sin embargo, el incremento del transporte vial también ha supuesto una carga importante para la salud de las personas, que se manifiesta en forma de traumatismos por accidentes de tránsito, enfermedades respiratorias y consecuencias derivadas de la reducción de la actividad física.

Os traumatismos levam a um ônus grande para sociedade, atingindo todas as faixas etárias, mas comprometendo fundamentalmente indivíduos jovens. Esta epidemia continua tendo seus números aumentando, podendo chegar a proporções maiores ainda se providências efetivas não forem tomadas<sup>582</sup>.

Los traumatismos causados por el tránsito afectan a todos los grupos de edad, pero su efecto es más acusado entre los jóvenes. Los traumatismos por accidentes de tránsito son

---

<sup>581</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 1.

<sup>582</sup> *Ibidem*, p. 1, 2.



sistemáticamente una de las tres causas principales de mortalidad en las personas de 5 a 44 años de edad. Aunque las tasas de accidentes de tránsito en los países de ingresos altos se han estabilizado o han disminuido en las últimas décadas, los datos indican que en la mayor parte de los países la epidemia mundial de traumatismos por accidentes de tránsito sigue aumentando. Se estima que, a menos que se tomen medidas inmediatas, las víctimas mortales en las vías de circulación se incrementarán hasta convertirse en la quinta causa principal de mortalidad para 2030, lo que tendrá como resultado unos 2,4 millones estimados de víctimas mortales por año.

Além da morte, os acidentes causam muitos traumatismos de gravidade menor, mas também são causas de incapacidades<sup>583</sup>.

Además de la muerte, los accidentes en las vías de tránsito causan muchos traumatismos de menor gravedad: se estima que en el mundo se producen entre 20 y 50 millones de traumatismos no mortales por año. Estas lesiones también son una causa importante de discapacidad.

A epidemia de acidentes de trânsito também tem um impacto sobre a economia de muitos países, particularmente os países de baixa e média renda, que muitas vezes também têm dificuldade com outras necessidades de desenvolvimento. As pessoas de baixa renda são muito mais afetadas pelos traumatismos no trânsito, incluindo as dos países de renda alta. Ainda disso, levam a uma grande sobrecarga aos sistemas de saúde dos diversos países<sup>584</sup>.

---

<sup>583</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acceso em 30/01/2016. p. 2.

<sup>584</sup> *Ibidem*, p. 2, 4.

Es menos probable que las familias pobres tengan los recursos financieros necesarios para pagar los costos directos e indirectos relacionados con un accidente. Muchas de ellas caen aún más en la pobreza por la pérdida del sostén de la familia, por los gastos de atención médica y rehabilitación prolongadas o por los ingresos perdidos mientras se cuida a una persona herida o discapacitada. Los traumatismos por accidentes de tránsito someten a los sistemas de atención sanitaria a una gran presión en cuanto a recursos financieros, ocupación de camas y exigencias sobre los profesionales sanitarios.

As nações unidas, juntamente com a OMS, Banco Mundial e outras instituições, há mais de 60 anos, têm mostrado preocupação com os acidentes de trânsito<sup>585</sup>.

El sistema de las Naciones Unidas y sus Estados Miembros hace más de 60 años que reconocen la necesidad de reducir las víctimas mortales y los traumatismos por accidentes de tránsito. Diversas organizaciones mundiales y regionales, incluidas la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, las comisiones regionales de las Naciones Unidas y algunos bancos regionales de desarrollo, han efectuado estudios en materia de seguridad vial.

O informe apresenta os objetivos a serem atendidos pelo mesmo, em especial usando uma série de indicadores básicos de segurança rodoviária e de uma metodologia

---

<sup>585</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acceso em 30/01/2016. p. 4.

padronizada; indicando as lacunas na segurança rodoviária; e ajudando os países a identificar prioridades e promoção de ações de segurança rodoviária a nível nacional<sup>586</sup>.

En agosto de 2007, la OMS empezó a elaborar el Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial (GSRRS) para resolver la carencia de datos y evaluar la seguridad vial en el mundo. Los objetivos específicos de este proyecto eran: evaluar la situación de la seguridad vial en todos los Estados Miembros de la OMS usando una serie de indicadores básicos de seguridad vial y una metodología normalizada; indicar las carencias en materia de seguridad vial; y ayudar a los países a identificar las prioridades de intervención y fomentar las actividades de seguridad vial a nivel nacional.

O estudo apresentado no informe foi realizado a partir de uma metodologia padronizada apresentada abaixo<sup>587</sup>:

La metodología fue preparada por medio de consultas con una comisión experta de investigadores y profesionales de la seguridad vial y sometida a una minuciosa revisión efectuada por representantes de organizaciones internacionales y regionales de seguridad vial, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, e instituciones académicas.

O questionário abordou os seguintes temas: marcos institucionais e políticos; dados relativos às vítimas; risco de exposição; padrões de qualidade para veículos e

---

<sup>586</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>587</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 8.

infraestruturas; legislação sobre alguns dos principais fatores de risco comportamentais<sup>588</sup>.

En el cuestionario se abordaban los siguientes aspectos: marcos institucionales y políticas (existencia de un organismo rector sobre seguridad vial, de una estrategia nacional sobre seguridad vial y de partidas presupuestarias para las actividades de ambos); datos (víctimas mortales por accidentes de tránsito, traumatismos no mortales, datos sobre los costos de los traumatismos por accidentes de tránsito); exposición al riesgo (como la existencia de políticas que promuevan el uso de formas de transporte y transporte público con vehículos sin motor, así como estrategias para conseguirlo y tasas de motorización); normas de calidad para vehículos e infraestructuras (la existencia de normas de fabricación, requisitos de auditorías de seguridad de los proyectos de infraestructura vial y requisitos de inspección de vehículos); legislación sobre algunos de los principales factores de riesgo comportamental (velocidad, consumo de alcohol y conducción, uso del casco en motocicletas, uso de sistemas de retención para niños, y percepción de los niveles de aplicación de las leyes relativas a cada uno de esos factores de riesgo); atención prehospitalaria (existencia de un sistema de atención prehospitalaria formal y disponible al público, y de números de teléfono de acceso a este servicio en caso de urgencia).

Os acidentes de trânsito continuam a ser um problema de saúde pública mundial<sup>589</sup>.

---

<sup>588</sup> *Ibidem*, p. 9.

<sup>589</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <

Los traumatismos por accidentes de tránsito siguen siendo un problema mundial, regional y nacional de salud pública. Aunque en muchos países se están dando pasos para aumentar la seguridad vial, todavía queda mucho por hacer para detener o invertir la tendencia creciente en el número de víctimas mortales por causa del tránsito.

Os países de rendas baixas e média têm a maior carga e as maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito<sup>590</sup>.

La mayor parte (91%) de las víctimas mortales causadas por el tránsito ocurre en los países de ingresos bajos y medianos, que tienen sólo el 48% de los vehículos registrados en el mundo. Aproximadamente el 62% de las víctimas mortales notificadas por accidentes de tránsito se produce en 10 países, que, en orden de magnitud, son: India, China, Estados Unidos, Federación de Rusia, Brasil, Irán, México, Indonesia, Sudáfrica y Egipto, y representan el 56% de la población mundial. Sin embargo, sobre la base de los datos modelados, los 10 países con el número absoluto de víctimas mortales más elevado son: China, India, Nigeria, Estados Unidos, Pakistán, Indonesia, Federación de Rusia, Brasil, Egipto y Etiopía.

---

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)>  
Acesso em 30/01/2016. p. 11.

<sup>590</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)>  
Acesso em 30/01/2016. p. 12.

Apesar das altas porcentagens em países de baixa e média renda, os traumatismos e acidentes de trânsito continuam a ser altos também nos países de alta renda<sup>591</sup>.

Es evidente que, a pesar de que las tasas más elevadas se registran en los países de ingresos bajos y medianos, los traumatismos por accidentes de tránsito también siguen siendo muy importantes para los países de ingresos altos. Varios de esos países tienen tasas de traumatismos por accidentes de tránsito muy superiores al promedio de este grupo de ingresos.

Já os países com menores taxas de traumatismos e mortes são países de alta renda, podendo melhorar o desempenho<sup>592</sup>.

Los 10 países con las tasas más bajas de víctimas mortales por accidentes de tránsito son casi todos de ingresos altos; en ellos, dichas tasas oscilan entre 3,4 y 5,4 víctimas mortales por cada 100 000 habitantes. Aunque esos países, como por ejemplo los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido, pueden tener los mejores resultados del mundo en materia de seguridad vial, aún pueden hacer mucho más para mejorar. Así, los traumatismos por accidentes de tránsito siguen siendo una causa importante de mortalidad en Suecia, a pesar de la tasa relativamente baja de víctimas mortales por accidentes de tránsito y de la aplicación satisfactoria de un enfoque amplio del problema. En ese país, los accidentes de tránsito son responsables del 20% de las víctimas mortales de niños de 5 a 19 años de edad.

---

<sup>591</sup> *Idem.*

<sup>592</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 13, 14.

Cerca de metade das pessoas que morrem no trânsito no mundo são usuários vulneráveis – pedestres, ciclistas, usuários de motores de duas ou três rodas<sup>593</sup>:

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, gran parte de los usuarios de las vías de tránsito son personas vulnerables: peatones, ciclistas y usuarios de vehículos de motor de dos o tres ruedas. Estos grupos de usuarios no circulan dentro de un "caparazón" que los proteja y, por lo tanto, corren un riesgo mayor que aquellos que utilizan otros vehículos. Las personas que se desplazan en transporte público también pueden ser usuarios vulnerables de las vías de tránsito, especialmente en los lugares en que los vehículos de transporte público son inseguros, están abarrotados o carecen de reglamentación.

Os resultados apresentados no informe mostram que o aumento da motorização no mundo não foi acompanhado pela atenção suficiente das necessidades dos grupos de usuários vulneráveis pelas políticas de transporte<sup>594</sup>.

Los resultados de esta encuesta indican que a medida que aumentan las tasas de motorización en el mundo, muchos países no prestan la atención suficiente a las necesidades de los grupos de usuarios vulnerables de las vías de tránsito en sus políticas de transportes. Muchas de las intervenciones de eficacia comprobada que se aplican a nivel mundial – como el uso del cinturón de seguridad y los sistemas de retención para niños, las normas de calidad de los vehículos y los simulacros de siniestro

---

<sup>593</sup> *Ibidem*, p. 14.

<sup>594</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 16.

– guardan relación con los ocupantes de un automóvil. Es necesario que se sigan investigando intervenciones que se ocupen de los usuarios vulnerables de las vías de tránsito, y que la planificación del territorio, así como el diseño de la red viaria, también tengan en cuenta las necesidades de éstos.

Para os autores do informe, a redução da velocidade terá um efeito tanto nos condutores de veículos, como no grupo vulnerável<sup>595</sup>.

La reducción de la velocidad tendrá un efecto tanto en los ocupantes del vehículo como en los usuarios vulnerables de las vías de tránsito. Es fundamental establecer y hacer cumplir los límites de velocidad. Esta encuesta puso de manifiesto que sólo el 9% de los países califica el cumplimiento de sus límites de velocidad con más de un siete en una escala del 0 al 10.

Importante reflexão, quando se pensa em termos sociais e direitos humanos com relação ao tema do informe, é sobre o transporte coletivo, como apresentado no trecho abaixo<sup>596</sup>.

El 44% de los países no dispone de políticas (ni nacionales ni locales) que fomenten el transporte público como alternativa al desplazamiento en automóvil, lo que refleja un descuido similar en cuanto a satisfacer las necesidades de los usuarios de las vías de tránsito que no utilizan vehículos de motor. Estas cifras tal vez sean sorprendentes teniendo en cuenta que un descenso de la dependencia del uso del automóvil privado puede tener otros

---

<sup>595</sup> *Ibidem*, p. 16.

<sup>596</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 20098 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 18.



efectos positivos, como la mejora de la salud respiratoria (como consecuencia de una menor contaminación relacionada con el transporte) y una reducción en los niveles de obesidad (como consecuencia de una mayor actividad física ligada a caminar y circular más en bicicleta).

Também se apresentou que poucos países têm leis abrangentes de segurança rodoviária que se apliquem corretamente<sup>597</sup>.

Es fundamental promulgar y hacer cumplir la legislación sobre diversos factores de riesgo de traumatismos y muerte por causa del tránsito para incidir en la exposición al riesgo, el número de siniestros, la gravedad de los traumatismos y las consecuencias de las lesiones con posterioridad al accidente. Ha quedado demostrado que una legislación integral y clara, aplicada con sanciones apropiadas y acompañada de campañas de sensibilización del público, es un factor fundamental para reducir los traumatismos y las víctimas mortales por accidentes de tránsito ligados a la velocidad, la conducción bajo los efectos del alcohol y la falta de uso de medidas de protección de los ocupantes (casco, cinturones de seguridad y sistemas de retención para niños). Los resultados de la encuesta mundial sugirieron que en muchos países la legislación sobre estos factores de riesgo no es integral y que con frecuencia no se hace cumplir.

Com relação à condução de veículos sob ação de ingestão de álcool, o informe apresentou o que já está estabelecido pelas pesquisas<sup>598</sup>:

---

<sup>597</sup> *Idem.*

<sup>598</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <

- Conducir bajo los efectos del alcohol aumenta tanto el riesgo de accidente como las probabilidades de consecuencias mortales o traumatismos graves. - El riesgo de sufrir un accidente de tránsito aumenta de manera significativa cuando los niveles de concentración de alcohol en sangre (CAS) están por encima de 0,04 g/dl. - Las leyes que establecen una CAS más baja (entre cero y 0,02 g/dl) para los conductores jóvenes/noveles pueden ayudar a reducir entre un 4% y un 24% el número de accidentes en que están implicadas personas jóvenes. - El establecimiento de controles de sobriedad y las pruebas aleatorias de alcoholemia pueden ayudar a reducir los accidentes relacionados con el consumo de alcohol alrededor del 20%, y ha demostrado ser una medida muy eficaz en función de los costos.

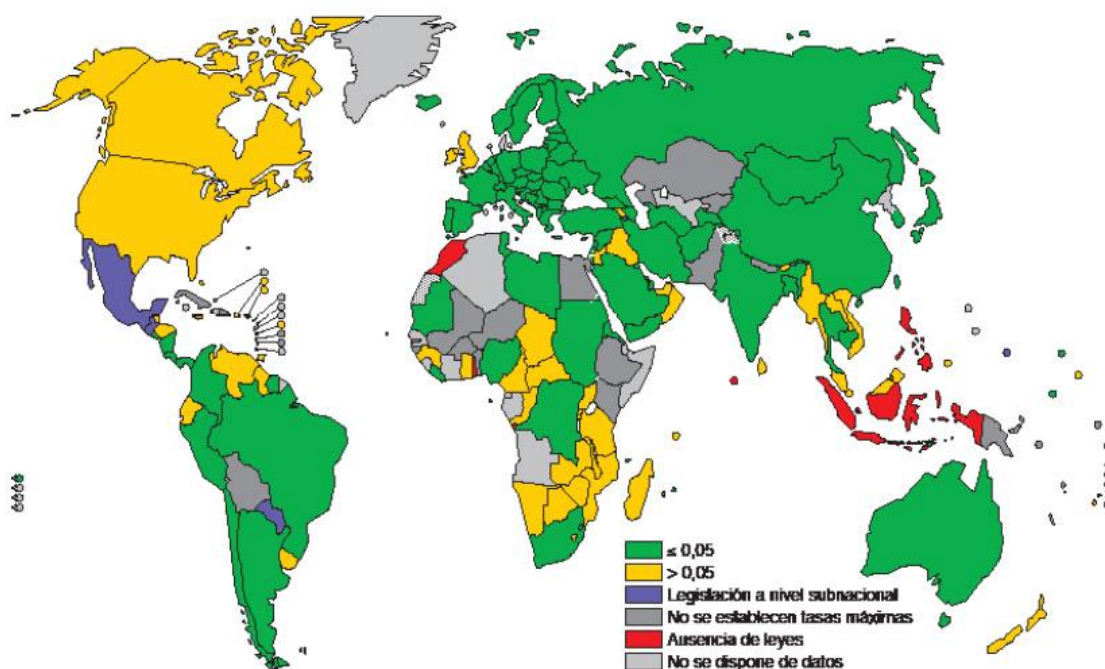


Figura 9 - Tasas máximas de niveles alcohólicos por países e zonas.

As provas aleatórias de alcoolemia e controles policiais são mecanismos importantes da aplicação das leis de comprovada eficácia para reduzir os acidentes relacionados com o álcool<sup>599</sup>.

Las pruebas aleatorias de alcoholemia y los controles policiales son mecanismos importantes de aplicación de las leyes de probada eficacia para reducir los accidentes relacionados con el alcohol.

Todos os países comunicaram a existência de leis relacionadas aos fatores de riscos fundamentais (velocidade, álcool ao volante, capacetes, cintos de segurança e sistemas de retenção para crianças). No entanto, só 48% têm leis relacionadas aos cinco fatores mencionados<sup>600</sup>:

Si bien todos los países comunicaron la existencia de leyes nacionales o subnacionales relacionadas con por lo menos uno de los cinco factores de riesgo fundamentales (velocidad, consumo de alcohol y conducción, cascos, cinturones de seguridad y sistemas de retención para niños), sólo el 48% tiene leyes nacionales o subnacionales relacionadas con los cinco factores de riesgo mencionados. Además, en muchos (85%) países la legislación sobre dichos factores de riesgo sigue teniendo una cobertura insuficiente. Allí donde existen leyes

---

<sup>599</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acceso em 30/01/2016. p. 22.

<sup>600</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acceso em 30/01/2016. p. 27.

sobre esos factores, éstas se suelen aplicar de forma inadecuada, en particular en los países de ingresos bajos y medianos.

O informe conclui ser este um primeiro passo para uma avaliação ampla mundial de segurança rodoviária, colocando esta, em pé de igualdade com outras questões como as mudanças climáticas, o tabagismo, e a tuberculose<sup>601</sup>.

La presente encuesta constituye un primer paso hacia una evaluación mundial amplia de la seguridad vial. Reúne un conjunto de datos único sobre diversas variables relacionadas con la seguridad vial para 178 países, que en total suman más del 98% de la población mundial. Asimismo, pone la seguridad vial en pie de igualdad con otras cuestiones, como el cambio climático, el tabaquismo y la tuberculosis, cuyas evaluaciones periódicas permiten a los países vigilar los progresos realizados a lo largo del tiempo y compararlos con los de otros países.

#### **4.1.6. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2010 – O financiamento dos sistemas de saúde: o caminho até a cobertura universal**

La buena salud es fundamental para el bienestar humano y el desarrollo económico y social sostenible. Los Estados Miembros de la OMS se han fijado el objetivo de desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios sanitarios mientras están protegidas

---

<sup>601</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acesso em 30/01/2016. p. 37.

contra las dificultades económicas asociadas al pago de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud identifica con este informe lo que los países pueden hacer para modificar sus sistemas de financiación, de manera que puedan avanzar más rápidamente hacia este objetivo, la cobertura universal, y mantener los logros que ya se han conseguido.

El informe está basado en las nuevas investigaciones y las lecciones aprendidas a partir de las experiencias de los países. Ofrece un programa de actuación para los países en todas las fases de desarrollo y propone formas en que la comunidad internacional puede apoyar mejor los esfuerzos de los países de ingresos bajos, para que logren una cobertura universal y mejoren los resultados sanitarios.

O informe do ano de 2010 teve como objetivo apresentar uma lista de opções para eliminação das barreiras econômicas ao acesso de serviços de saúde, priorizando avançar para a cobertura universal<sup>602</sup>.

El objetivo era transformar la evidencia, obtenida a partir de estudios realizados en arios entornos, en una lista de opciones para la obtención de recursos suficientes y para la eliminación de las barreras económicas al acceso a los servicios sanitarios, especialmente en el caso de los pobres. Como el subtítulo

---

<sup>602</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. vi.

indica, hemos dado una clara prioridad al avance hacia la cobertura universal, un objetivo que se encuentra en la actualidad en el centro de los debates sobre la prestación de los servicios sanitarios.

O informe ressalta que a melhoria da saúde é essencial para o ser humano, o desenvolvimento econômico sustentável e o bem-estar social. Para isso é necessária uma mudança de direção em muitos países, continuando o caminho para a cobertura universal e a proteção das conquistas feitas por outros países. Para atingir a cobertura de saúde universal, os países precisam de sistemas de financiamento que permitam às pessoas usar todos os tipos de serviços de saúde<sup>603</sup>.

Mejorar la salud es fundamental para el bienestar humano y esencial para el desarrollo económico y social sostenible. Alcanzar la "mejor asistencia sanitaria posible", como se indica en la Constitución de la OMS, requiere en muchos países un cambio de dirección, o continuar con el camino hacia la cobertura universal, y actuaciones enérgicas para proteger los logros ya conseguidos en otras naciones. Para conseguir una cobertura sanitaria universal, los países necesitan sistemas de financiación que permitan a la gente usar todo tipo de servicios sanitarios (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) sin incurrir en dificultades financieras.

São apresentados os três pontos-chave do financiamento da saúde<sup>604</sup>:

---

<sup>603</sup> *Ibidem*, p. 2.

<sup>604</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 4.

Los tres puntos fundamentales de la financiación sanitaria son:

1. recaudar suficiente dinero destinado a la salud;
2. eliminar las barreras económicas de acceso y reducir los riesgos financieros de la enfermedad;
3. aprovechar mejor los recursos disponibles (puede ver más detalles en el.

Los servicios sanitarios cuestan dinero porque, de alguna manera, hay que pagar a los médicos, las enfermeras, las medicinas y los hospitales.

A preocupação da OMS ao eleger o tema do informe é muito pertinente, pois passa a ser uma preocupação de todos os países membros, em especial daqueles que evoluíram ou estavam a caminho da cobertura universal, considerando a permanência e aumento das doenças transmissíveis e a emergência e aumento das não transmissíveis<sup>605</sup>.

Hoy en día, el gasto sanitario mundial es de unos US\$ 5,3 billones al año. Con la carga de las enfermedades transmisibles (que siguen siendo persistentemente elevadas en algunas partes del mundo) y la prevalencia de las enfermedades no transmisibles (como las enfermedades coronarias, el cáncer y los trastornos crónicos como la obesidad, que está aumentando en todas partes), el gasto sanitario no hace más que aumentar. Esta tendencia se verá agravada por los medicamentos y procedimientos cada vez más avanzados que se están desarrollando para su tratamiento.

---

<sup>605</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 5.

Apresenta-se no informe as formas de financiamento dos serviços, como pagamento direto, fundos coletivos e ajuda exterior.

Os pagamentos diretos são mostrados com graves repercussões para a saúde, pois excluem a promoção e prevenção; são realizados tardiamente, com menores chances de cura, além de aumentarem o círculo vicioso da pobreza, ainda mais porque as pessoas na pobreza não têm como pagar<sup>606</sup>.

Los pagos directos tienen graves repercusiones en la salud. Tener que pagar en el momento en el que un paciente es atendido disuade a la gente de utilizar los servicios (en particular, la promoción y la prevención sanitaria) y hace que aplacen los controles sanitarios. Esto significa que no reciben un tratamiento temprano, cuando las expectativas de curación son mayores. Se ha estimado que un elevado porcentaje de los 1,3 mil millones de pobres que hay en el mundo no tiene acceso a los servicios sanitarios, simplemente porque no puede pagarlos en el momento en que los necesita. Como están demasiado enfermos para trabajar, corren el riesgo de verse arrastrados a la pobreza, o hundirse más aún en ella.

Os pagamentos diretos prejudicam muito a economia familiar; e segundo os dados de 89 países, os mesmos constituem 90% da população mundial<sup>607</sup>.

Los pagos directos también perjudican a la economía familiar. Muchas personas que buscan tratamiento y que tienen que pagarlo al instante sufren graves dificultades financieras como

---

<sup>606</sup> *Idem.*

<sup>607</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 6.



consecuencia de ello. El cálculo aproximado sobre el número de personas que sufren una catástrofe financiera (definida como el gasto directo de más del 40% de los ingresos familiares en la atención sanitaria, una vez cubiertas las necesidades básicas), según los datos procedentes de 89 países, representa casi el 90% de la población mundial.

Segundo o informe, os fundos coletivos dependem da captação de recursos adequados vêm de um conjunto suficientemente grande de pessoas, com o apoio, se necessário, de doadores e das receitas governamentais<sup>608</sup>.

El avance hacia la cobertura universal depende de la recaudación de fondos adecuados que procedan de un conjunto de personas suficientemente amplio, con el apoyo, en caso necesario, de los donantes y los ingresos de las administraciones públicas, y del empleo de estos fondos en los servicios que necesite la población. Cuanta más gente comparta el riesgo financiero de esta forma, menor será el riesgo financiero al que estará expuesta cada persona. En general, cuanto mayor sea el fondo mancomunado, mejor será su capacidad para hacer frente a los riesgos financieros. Siguiendo la misma línea de razonamiento, los fondos mancomunados compuestos por sólo unos pocos participantes tienden a experimentar lo que los expertos denominan "fluctuaciones extremas de la utilización y la demanda".

Para existência dos fundos coletivos, é necessário um sistema de pré-pagamento, onde se paga antes de se estar doente. Existem diferentes maneiras de organizar o pré-pagamento, no caso daqueles que podem pagar, mas em todos os países há pessoas que não podem contribuir financeiramente. Os países que mais se aproximam da cobertura

---

<sup>608</sup> *Ibidem*, p. 6, 7.

universal são os que utilizam as receitas fiscais para cobrir as necessidades de saúde das pessoas<sup>609</sup>.

Para que exista un fondo mancomunado, se debe meter dinero en él, por lo que se hace necesario un sistema de prepago. El prepago significa que la gente paga por adelantado cuando está sana y, más tarde, recurre a los fondos mancomunados cuando se enferman. Existen diferentes maneras de organizar el prepago en el caso de quienes pueden permitírselo, pero en todos los países habrá gente que no podrá contribuir financieramente. Los países que más se han acercado a la cobertura sanitaria universal utilizan los ingresos fiscales para cubrir las necesidades sanitarias de estas personas, garantizando que todos puedan acceder a los servicios cuando los necesiten.

As ajudas do exterior ocorrem nos países de renda baixa, onde as estruturas de pré-pagamento estão subdesenvolvidas ou ineficientes, e as necessidades de saúde são muito grandes<sup>610</sup>.

En los países de ingresos bajos, donde las estructuras de prepago podrían estar subdesarrolladas o resultar ineficientes, y en los que las necesidades sanitarias son enormes, existen muchos obstáculos para obtener fondos suficientes a través del prepago y la mancomunación. Por lo tanto, es esencial que los donantes internacionales les presten su apoyo. Invertir en el desarrollo del prepago y la mancomunación, en vez de limitarse a la

---

<sup>609</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acceso em 31/01/2016. p. 7.

<sup>610</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acceso em 31/01/2016. p. 7.

financiación de proyectos o programas mediante canales independientes, es una de las mejores maneras para que los donantes puedan ayudar a los países a abandonar el pago de cuotas por parte de los usuarios y mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y la protección del riesgo financiero.

Muitos países estão reformando a maneira de financiar a atenção de saúde, à medida que avançam para a cobertura universal, incluindo países de renda alta, média e baixa<sup>611</sup>.

Numerosos países están reformando la manera de financiar la atención sanitaria, a medida que avanzan hacia la cobertura universal, entre ellos, dos de las economías mundiales más importantes, China y los Estados Unidos de América. Muchos países de ingresos bajos-medios también han realizado progresos importantes al desarrollar sus sistemas de financiación en el camino hacia la cobertura universal. Estos incluyen ejemplos bien conocidos, como Chile, Colombia, Cuba, Rwanda, Sri Lanka y Tailandia, pero también Brasil, Costa Rica, Ghana, Kirguistán, Mongolia y la República de Moldova.

Apesar de muitos países relatarem a existência da licença maternidade remunerada às trabalhadoras do setor formal, a duração e a natureza da remuneração variam consideravelmente. As trabalhadoras de setores não formais estão invisibilizadas. E ainda que exista em teoria a licença maternidade, em poucos países de renda média e baixa dispõe-se de algum tipo de informação de apoio econômico<sup>612</sup>.

---

<sup>611</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>612</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 12, 13.

Muchos países industrializados otorgan el derecho de licencia remunerada por maternidad a las trabajadoras del sector formal, pero la duración de la licencia y la naturaleza de los pagos también varían sustancialmente. Y aunque en teoría existe el derecho de licencia remunerada por maternidad pocos países de ingresos bajos y medios disponen de informes sobre algún tipo de apoyo económico para las mujeres que tienen derecho al mismo.

A proteção para incapacidade profissional por doença ou gravidez só é disponível para o trabalhador do setor formal; sendo que 50% dos trabalhadores em países de renda baixa, só conseguem trabalhar no setor informal<sup>613</sup>.

Muchos países industrializados otorgan el derecho de licencia remunerada por maternidad a las trabajadoras del sector formal, pero la duración de la licencia y la naturaleza de los pagos también varían sustancialmente. Y aunque en teoría existe el derecho de licencia remunerada por maternidad pocos países de ingresos bajos y medios disponen de informes sobre algún tipo de apoyo económico para las mujeres que tienen derecho al mismo.

Com relação ao direito humano à saúde, o informe apresenta que o direito fundamental à saúde se encontra nos princípios da constituição da OMS e que para este seja alcançado, é necessária a cobertura universal como preconizado na Declaração de Alma-Ata (1978), apresentado no informe de 2008 sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). O informe reitera estas antigas convicções, à medida que os países lutam com seus sistemas de financiamento de saúde<sup>614</sup>.

---

<sup>613</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 13.

<sup>614</sup> *Ibidem*, p. 15.

La Constitución de la OMS describe el derecho fundamental de todo ser humano a disfrutar «de la mejor asistencia sanitaria posible». La cobertura universal es la mejor manera de alcanzar ese derecho. Es fundamental para el Principio de Salud para Todos, fijado hace más de 30 años en la Declaración de Alma-Ata (Kazajstán). La declaración reconoció que la promoción y la protección de la salud también eran esenciales para el desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida, la seguridad social y la paz. El principio de cobertura universal se ratificó en el Informe Mundial de la Salud 2008 sobre la atención primaria a la salud y en la resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud, y fue expuesta por la Comisión de 2008 sobre Determinantes Sociales de la Salud y la resolución posterior de la Asamblea Mundial de la Salud sobre ese tema. Este informe reitera estas antiguas convicciones, que se han hecho más profundas a medida que los países luchan con sus sistemas de financiación sanitaria. Además de tratar cuestiones técnicas relacionadas específicamente con la financiación de los sistemas sanitarios, el informe sitúa la justicia y la humanidad en el centro de la cuestión. El enfoque es práctico y optimista: todos los países, en todas las etapas de desarrollo, pueden tomar medidas para avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal y mantener sus logros.

Apresenta-se que todos os países, ricos e pobres, estão lutando para obter os meios necessários para pagar as despesas com saúde, mas as novas tecnologias e

medicamentos surgem mais rapidamente do que os recursos de financiamento para tal<sup>615</sup>.

Todos los países, ricos y pobres, luchan por obtener los fondos necesarios para pagar los servicios sanitarios que sus poblaciones necesitan o demandan (que a veces son diferentes). Ningún país, al margen de su riqueza, puede ofrecer a su población entera todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida. No obstante, mientras que los sistemas sanitarios de los países ricos pueden enfrentarse a limitaciones presupuestarias, a menudo exacerbadas por la doble presión del envejecimiento de la población y la disminución de la población activa, el gasto sanitario sigue siendo relativamente alto.

Três formas de se levantar fundos adicionais de financiamento foram apresentadas: tornar a saúde uma prioridade mais alta nos gastos existentes; encontrar fontes de financiamento interno ou diversificados; aumentar o apoio financeiro externo<sup>616</sup>.

En términos generales, hay tres maneras de recaudar fondos adicionales o de diversificar las fuentes de financiación: la primera es hacer que la salud tenga una mayor prioridad en el gasto actual, en especial en los presupuestos del gobierno; la segunda es encontrar fuentes de financiación nacional nuevas o

---

<sup>615</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acceso em 31/01/2016. p. 23.

<sup>616</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acceso em 31/01/2016. p. 25.

diversificadas; y la tercera es aumentar el apoyo financiero externo.

Os governos financiam as melhorias na saúde diretamente, através dos investimentos no setor, e indiretamente, através dos gastos em determinantes sociais. No entanto, o difícil é mensurar estes investimentos nestes determinantes sociais. Os governos das Américas, Europa e Pacífico Ocidental realizam um investimento maior do que o resto do mundo<sup>617</sup>.

Los gobiernos financian las mejoras sanitarias tanto directamente, a través de inversiones en el sector de la salud, como indirectamente, a través del gasto en determinantes sociales como la reducción de la pobreza o la mejora de los niveles de la educación femenina. Aunque toma sólo el componente directo, la proporción del gasto total destinado al sector sanitario ofrece información importante sobre el valor que asignan los gobiernos a la salud, algo que varía mucho entre un país y otro.

En promedio, los gobiernos de las regiones de las Américas, de Europa y del Pacífico Occidental destinan una cantidad mayor a la salud que el resto de regiones. El conjunto de los países africanos está aumentando su compromiso con la salud, así como los países de las regiones de Europa y del Pacífico Occidental. En el Sudeste Asiático, la prioridad relativa que se da a la salud se redujo entre 2004 y 2005, pero está aumentando de nuevo; mientras que los gobiernos de la Región del Mediterráneo Oriental han reducido su participación asignada a la salud desde 2003.

---

<sup>617</sup> *Ibidem*, p. 26.

Nos mecanismos inovadores de financiamento para se utilizar na área da saúde, o informe coloca a taxaçoão de impostos em produtos extremamente prejudiciais à saúde, como o tabaco e as bebidas alcoólicas<sup>618</sup>. Os impostos sobre produtos nocivos são uma opção para reduzir o consumo, melhorar a saúde e aumentar os recursos de que os governos necessitam para gastar na saúde.

Apesar dessas inovaçoões, a maioria dos países mais pobres terá que aumentar as contribuiçoões dos doadores por um período de tempo considerável. Os países doadores poderão também captar mais recursos de formas inovadoras para encaminhá-los para os países mais pobres, mas também deverão fazer mais esforços para cumprir os compromissos internacionais para a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) e para fornecer fluxos de ajuda mais previsíveis e a longo prazo<sup>619</sup>.

O uso irracional de medicamentos, não só conduz ao sofrimento e à morte, como também inviabiliza a utilizaçoão de recursos para intervençoões eficazes e baseadas em evidências. Embora muitos países tenham adotados políticas nacionais sobre drogas e programas de medicamentos essenciais, menos da metade dos pacientes tratados em países de baixa ou média renda, recebem cuidados de saúde para doenças comuns de acordo com diretrizes clínicas<sup>620</sup>.

El uso irracional de los medicamentos no sólo conduce al sufrimiento y a la muerte, también resta recursos para las intervenciones eficaces y basadas en la evidencia. A pesar de que muchos países han adoptado políticas nacionales sobre los medicamentos y los programas de medicamentos esenciales que promueven su uso adecuado, menos de la mitad de los pacientes tratados en países de ingresos bajos y medios reciben atención

---

<sup>618</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 33.

<sup>619</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 22.

<sup>620</sup> *Ibidem*, p. 71.



sanitaria para las enfermedades comunes en atención primaria, de acuerdo a las directrices clínicas. Se estima que más de la mitad de todos los medicamentos del mundo se prescriben, dispensan o venden indebidamente, y que la mitad de todos los pacientes no toman su medicación según lo prescrito o dispensado. El uso irracional puede presentar muchas formas, incluyendo el uso de mezclas farmacológicas nocivas (polifarmacia), el uso excesivo de antibióticos e inyecciones, la prescripción no conforme con las directrices clínicas o la automedicación inapropiada.

Considerando que o custo do profissional nas unidades de saúde chega a cerca de 50% do total, a escassez de profissionais de saúde é muitas vezes um importante fator para o fortalecimento do risco à saúde pública; o recrutamento impróprio, formação inadequada, má supervisão e má distribuição dentro dos países também podem minar a eficiência do sistema, enquanto a remuneração inadequada envolve rotação excessiva ou desgaste<sup>621</sup>.

Los profesionales sanitarios se encuentran en el centro del sistema de salud y, generalmente, representan más o menos la mitad del gasto sanitario total de un país. Si bien la escasez de personal sanitario suele ser un obstáculo importante para el fortalecimiento de la sanidad pública, la contratación inapropiada, la formación inadecuada, la mala supervisión y la mala distribución dentro de los países también socavan la eficiencia del sistema, mientras que una remuneración inadecuada conlleva una rotación excesiva o el desgaste. El resultado inevitable de estos fallos combinados es la reducción de la productividad y del rendimiento.

---

<sup>621</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acceso em 31/01/2016. p. 73.

Este tema foi abordado no informe de 2006, propondo-se que melhoria na remuneração e adequação das tarefas levariam uma melhoria na produtividade e no desempenho pessoal<sup>622</sup>.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2006 se analizó cómo reducir estas pérdidas, cómo mejorar la productividad y el desempeño del personal sanitario y se destacó, entre otras cosas, la importancia de una remuneración adecuada y de una mejor adecuación de las capacidades a las tareas. Más adelante se abordará la cuestión del pago a los proveedores de servicios sanitarios y del pago por rendimiento.

Outra fonte de custos para o sistema de saúde colocado no informe é o atendimento hospitalar<sup>623</sup>.

En muchos países, la atención hospitalaria absorbe más de la mitad y, a veces, hasta dos tercios, del gasto público sanitario total, siendo los dos tipos de gastos más importantes, a menudo excesivos, el ingreso hospitalario y la duración de la hospitalización. Por ejemplo, cuatro estudios independientes realizados sobre los pacientes adultos hospitalizados en el sistema sanitario canadiense, encontraron que el 24-90% de los ingresos hospitalarios y el 27-66% de los días de hospitalización fueron inapropiados.

Os erros médicos são causa de custo dinheiro e sofrimentos<sup>624</sup>.

---

<sup>622</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 74.

<sup>623</sup> *Idem.*

Los errores médicos cuestan dinero y causan sufrimiento. Debido a la ausencia de datos epidemiológicos fiables, se desconoce la prevalencia y la magnitud de las negligencias médicas a nivel mundial. Pero las estimaciones sugieren que hasta uno de cada 10 pacientes de los países desarrollados se ve perjudicado durante la atención hospitalaria; en los países en desarrollo el número puede ser considerablemente más elevado. En todo el mundo, 1,4 millones de personas sufren infecciones adquiridas en hospitales en algún momento dado. Se desconoce lo que esto cuesta a las autoridades sanitarias, pero un estudio realizado en 1999 sugirió que las imprudencias médicas evitables podrían matar hasta 98 000 personas al año en los Estados Unidos de América, un gasto de US\$ 17-29 mil millones.

Estima-se que 20 a 40% dos gastos se desperdiçam por ineficiência, sendo esta uma estimativa indicativa, baseada em dados relativamente limitados<sup>625</sup>.

Se estima que entre el 20% y el 40% de todo el gasto sanitario se desperdicia por la ineficiencia. Se trata de una estimación indicativa, basada en datos relativamente limitados, pero que pone de manifiesto que se pueden llevar a cabo mejoras importantes, reduciendo la ineficiencia. Cada país podría hacer algo o a veces mucho, para mejorar la eficiencia. La comunidad internacional también podría hacer más para mejorar la

---

<sup>624</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 75.

<sup>625</sup> *Ibidem*, p. 88, 89.

eficiencia de la estructura sanitaria mundial y para apoyar los intentos de los países receptores de ser más eficientes.

Cada país pode fazer alguma coisa para se aproximar da cobertura universal ou manter o que conseguiu. Há lições a serem aprendidas. Uma delas se refiere à importância da solidariedade social expressa por meio do engajamento político, com uma demanda da sociedade e a participação ativa da mesma<sup>626</sup>.

Cada país puede hacer algo para acercarse a la cobertura universal o mantener lo que ha logrado. Aunque la tarea pueda parecer desalentadora, los responsables políticos pueden obtener el ánimo observando a los muchos países que les han precedido en la lucha por establecer un sistema de cobertura universal y estas batallas están bien documentadas. Hay lecciones que aprender. Una de ellas hace referencia a la importancia de la solidaridad social, expresada a través del compromiso político, un tema que hemos retomado varias veces en este informe. Sería una simplificación extrema afirmar que la reforma siempre ha funcionado en aquellos países en los que existe una demanda desde la sociedad y una participación activa, pero esta coincidencia se ha producido con tanta frecuencia que bien merece una reflexión.

#### **4.1.7. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2011 (Incapacidade e reabilitação)**

La Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial han producido conjuntamente este *Informe mundial*

---

<sup>626</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acesso em 31/01/2016. p. 88, 114.

*sobre la discapacidad*, para proporcionar datos destinados a la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidades y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en mayo de 2008.

O informe de 2011 se inicia com o depoimento do Prof. Stephen W Hawking, portador de uma neuropatia motora, o que não o impediu de ser um astrofísico famoso, com uma vida profissional e pessoal bem-sucedida<sup>627</sup>.

La discapacidad no debería ser un obstáculo para el éxito. Yo mismo he sufrido una neuropatía motora durante la práctica totalidad de mi vida adulta, y no por ello he dejado de desarrollar una destacada carrera profesional como astrofísico y de tener una feliz vida familiar. Al leer el Informe mundial sobre la discapacidad, muchos aspectos me han evocado mi propia experiencia. Yo he podido beneficiarme de un acceso a atención médica de primera clase, y dependo de un equipo de asistentes personales que hacen posible que viva y trabaje con comodidad y dignidad. Mi casa y mi lugar de trabajo han sido adaptados para que me resulten accesibles. Expertos en computación me han apoyado con un sistema de comunicación asistida y un sintetizador de habla, lo cual me permite preparar conferencias e informes y comunicarme con audiencias diversas. Pero soy consciente de que he tenido mucha suerte, de muy diversos modos. Mi éxito en la física teórica me ha asegurado el apoyo

---

<sup>627</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 3.

necesario para vivir una vida digna de ser vivida. Está claro que la mayoría de las personas con discapacidad tienen enormes dificultades para sobrevivir cotidianamente, no digamos ya para encontrar un empleo productivo o para realizarse personalmente.

Fica muito claro no texto do professor que suas condições socioeconômicas favoráveis, bem como seu rendimento intelectual foram extremamente importantes para ter um atendimento médico e uma vida doméstica e profissional adaptada.

Este tema escolhido para o informe de 2011 se deve a relevância epidemiológica do assunto em todo o mundo, com uma tendência a aumentar, além da prevalência atual. Mais de um bilhão de pessoas no mundo vivem com algum tipo de deficiência; destes, cerca de 200 milhões com experiência de consideráveis dificuldades no seu funcionamento<sup>628</sup>.

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.

---

<sup>628</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 5.

As pessoas com incapacidades têm os piores resultados em saúde, resultados acadêmicos, participação econômica e taxas mais altas de pobreza que as que não apresentam, resultantes dos obstáculos a essas pessoas aos serviços, em especial, à saúde, educação, emprego, transporte ou informação<sup>629</sup>.

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas.

O informe foi produzido pela OMS e Banco Mundial para proporcionar dados destinados à formulação de políticas e programas que melhorem a vida das pessoas com incapacidades, bem como a aplicação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com incapacidades, em vigor desde 2008. O informe propôs medidas para governos, organizações da sociedade civil e organizações de pessoas com incapacidades<sup>630</sup>.

La Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial han producido conjuntamente este Informe mundial

---

<sup>629</sup> *Idem.*

<sup>630</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 5.

sobre la discapacidad, para proporcionar datos destinados a la formulación de políticas y programas innovadores que mejoren las vidas de las personas con discapacidades y faciliten la aplicación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en mayo de 2008. Este histórico tratado internacional reforzó nuestra convicción de que la discapacidad es una prioridad en materia de derechos humanos y de desarrollo. El Informe mundial sobre la discapacidad propone medidas para todas las partes interesadas – incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones de personas con discapacidad– para crear entornos favorables, promover la rehabilitación y los servicios de apoyo, asegurar una adecuada protección social, crear políticas y programas inclusivos, y aplicar normas y legislaciones, nuevas o existentes, en beneficio de las personas con discapacidad y la comunidad en general. Las personas con discapacidad deberán ocupar un lugar central en esos esfuerzos.

A incapacidade forma parte da condição humana, pois todas as pessoas sofreram algum tipo de incapacidade transitória ou permanente em algum momento da sua vida, sendo complexa, bem como as intervenções para superar suas desvantagens associadas<sup>631</sup>.

La discapacidad forma parte de la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la

---

<sup>631</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acceso em 01/02/2016. p 7.



senilidade experimentarão dificuldades crescentes de funcionamento. La discapacidad es compleja, y las intervenciones para superar las desventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varían según el contexto.

Elemento fundamental para que este informe fosse elaborado foi a “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidades – CDPD, em 2006<sup>632</sup>”:

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. La CDPD se hace eco de un cambio importante en la comprensión de la discapacidad y en las respuestas mundiales a este problema.

O informe tem como propósito oferecer aos governos e à sociedade civil a importância da incapacidade e respostas proporcionadas e recomendação de medidas para tal<sup>633</sup>.

El Informe mundial sobre la discapacidad reúne la mejor información disponible sobre la discapacidad con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad y facilitar la aplicación de la CDPD. Su propósito es: - ofrecer a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la

---

<sup>632</sup> *Idem.*

<sup>633</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 7.

importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en las mejores pruebas disponibles, y - recomendar la adopción de medidas de alcance nacional e internacional.

As incapacidades são definidas no informe como deficiências, limitações de atividade e restrições para participação<sup>634</sup>:

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe, define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social).

Extremamente alta é a porcentagem de pessoas com incapacidades, sendo de cerca de um bilhão de pessoas (15% da população mundial)<sup>635</sup>.

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la

---

<sup>634</sup> *Idem.*

<sup>635</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 7, 8.

Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

Com o envelhecimento da população, as doenças crônicas como *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares e transtornos mentais, são responsáveis por aumento das incapacidades<sup>636</sup>.

El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad- y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias.

Os grupos vulneráveis, segundo o informe, são os mais sujeitos a incapacidades. Esta é uma observação óbvia, pois, sendo vulnerável, estará menos protegido das prováveis violações. Assim, os pobres, mulheres, anciões, pessoas com pouca renda, sem trabalho ou pouca formação acadêmica terão maiores riscos de incapacidades<sup>637</sup>.

---

<sup>636</sup> *Ibidem*, p 8.

<sup>637</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 8, 9.

Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad. Los datos de las encuestas a base de indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños.

Obstáculos para las incapacidades a ser vencidos presentados no informe são: políticas e normas insuficientes; atitudes negativas, prestação insuficiente de serviços, problemas com prestação de serviços, financiamento insuficiente, falta de acessibilidade, falta de consulta e participação, falta de dados e provas<sup>638</sup>.

- Políticas y normas insuficientes. La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes. Un déficit habitual en las políticas educativas es la falta de incentivos económicos y de otro tipo orientados a que los niños con discapacidad acudan a la escuela, así como la falta de servicios de apoyo y protección social para los niños con discapacidad y sus familias.
- Actitudes negativas. Las creencias y prejuicios constituyen obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social. Los conceptos erróneos de los

---

<sup>638</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 01/02/2016. p 9, 10, 11.

empleadores de que las personas con discapacidad son menos productivas que sus homólogos no discapacitados, junto con el desconocimiento de los ajustes disponibles para llegar a acuerdos, limitan las oportunidades de empleo.

- Prestación insuficiente de servicios. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo.

- Problemas con la prestación de servicios. La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad. Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud en 51 países, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria. Muchos cuidadores están mal remunerados y tienen una formación insuficiente.

- Financiación insuficiente. Los recursos asignados a poner en práctica políticas y planes son a menudo insuficientes. La falta de financiación efectiva es un obstáculo importante para la sostenibilidad de los servicios, sea cual sea el nivel de ingresos del país.

- Falta de accesibilidad. Muchos edificios (incluidos los lugares públicos) y sistemas de transporte y de información no son accesibles a todas las personas. La falta de acceso al transporte es un motivo habitual que desalienta a las personas con discapacidad a buscar trabajo o que les impide acceder a la atención de salud.

- Falta de consulta y participación. Muchas personas con discapacidad están excluidas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida.
- Falta de datos y pruebas. La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad y la falta de pruebas objetivas sobre los programas que funcionan pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas. Conocer el número de personas con discapacidad y sus circunstancias puede mejorar los esfuerzos para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación de las personas con discapacidad.

As barreiras incapacitantes contribuem para as desvantagens vivenciadas pelas pessoas com deficiência. São estes: os piores resultados de saúde, desenvolvimento acadêmico, pequena participação econômica, taxas mais elevadas de pobreza, maior dependência e participação limitada<sup>639</sup>.

Hay pruebas crecientes de que las personas con discapacidad tienen peores niveles de salud que la población general. Dependiendo del grupo y el contexto, las personas con discapacidad pueden experimentar mayor vulnerabilidad a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con la edad. Algunos estudios también han indicado que las personas con discapacidad tienen tasas más elevadas de comportamientos de riesgo, como el hábito de fumar, una dieta deficiente e inactividad física. Las personas con discapacidad también corren un mayor riesgo de estar expuestas a violencia. La necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación (incluidos los dispositivos auxiliares) puede tener

---

<sup>639</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 06/02/2016. p. 11, 12.

malas consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y peor calidad de vida.

Los niños con discapacidad tienen menos probabilidades que sus homólogos no discapacitados de ingresar en la escuela, permanecer en ella y superar los cursos sucesivos.

Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente ganan menos cuando trabajan.

Las personas con discapacidad presentan tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad. En promedio, las personas con discapacidad y las familias con un miembro con discapacidad tienen mayores tasas de privaciones -como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda, falta de acceso a agua potable y salubridad, y acceso deficiente a atención de salud- y poseen menos bienes que las personas y familias sin una discapacidad.

El recurso a soluciones de institucionalización, la falta de vida comunitaria y unos servicios deficientes aíslan a las personas con discapacidad y las hacen dependientes de otros. La mayor parte del apoyo procede de familiares o redes sociales

Para abordar os obstáculos ao acesso dos cuidados de saúde aos incapacitados, o informe propôs que haja garantias para que todos os níveis dos sistemas de saúde existentes sejam mais inclusivos e que os programas de saúde pública sejam acessíveis aos deficientes, reduzindo assim a desigualdade e as necessidades não satisfeitas na esfera da saúde<sup>640</sup>.

---

<sup>640</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 06/02/2016. p. 13.

En contextos sanitarios convencionales, se han utilizado múltiples estrategias para superar los obstáculos físicos, de comunicación y de información, como introducir modificaciones estructurales en las instalaciones, utilizar equipos con características de diseño universal, comunicar información en formatos apropiados, realizar ajustes en los sistemas de contratación y emplear modelos alternativos de prestación de servicios. La rehabilitación basada en la comunidad ha resultado satisfactoria en contextos de pocos recursos para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios existentes y para evaluar sistemáticamente y promover los servicios sanitarios preventivos. En países de ingresos elevados, se han incorporado criterios de acceso y calidad en los contratos con proveedores de servicios, tanto públicos como privados y voluntarios.

A criação de ambientes favoráveis foi apresentada no informe como fundamental para a inclusão deste grupo vulnerável para que possa viver uma vida digna de ser vivida. Nesta criação, o informe apresenta a interdisciplinaridade e o envolvimento multiprofissional para a transformação e realização<sup>641</sup>.

Eliminar los obstáculos en los espacios públicos, transporte, información y comunicación hará posible que las personas con discapacidad participen en la educación, empleo y vida social, reduciendo así su aislamiento y dependencia. En todos los dominios, los requisitos fundamentales para abordar la accesibilidad y reducir las actitudes negativas son las normas de acceso; la cooperación entre los sectores público y privado; una organización líder responsable de la ejecución; la formación en

---

<sup>641</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible en: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acceso em 06/02/2016. p. 16.



accesibilidad; el diseño universal para los planificadores, arquitectos y diseñadores; la participación de los usuarios, y la educación pública.

A inclusão de crianças com deficiência nas escolas regulares promove a conclusão universal do ensino fundamental, sendo rentável e contributiva para a eliminação da discriminação<sup>642</sup>.

Incorporar a los niños con discapacidad en el sistema educativo exige cambios en el propio sistema y en las escuelas. El éxito de los sistemas educativos inclusivos depende en gran medida del compromiso del país para adoptar una legislación apropiada, proporcionar una orientación normativa clara, elaborar un plan de acción nacional, establecer infraestructuras y crear capacidad de ejecución y asegurar una financiación a largo plazo. Lograr que los niños con discapacidad puedan tener el mismo nivel educativo que sus homólogos no discapacitados requiere a menudo un incremento de la financiación. Crear un entorno de aprendizaje inclusivo ayudará a todos los niños a aprender y realizar su potencial.

As leis anti-discriminação fornecem um ponto de partida para promoção da inclusão de pessoas com deficiência no local de trabalho<sup>643</sup>.

En los países donde la legislación exige a los empleadores que realicen adaptaciones razonables -como facilitar el acceso a los procedimientos de selección y contratación, adaptar el entorno

---

<sup>642</sup> *Ibidem*, p. 17.

<sup>643</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 06/02/2016. p. 17.

de trabajo, modificar los horarios laborales y proporcionar tecnologías auxiliares-, estas adaptaciones pueden reducir la discriminación en el empleo, mejorar el acceso al lugar de trabajo y modificar las percepciones acerca de la aptitud de las personas con discapacidad para ser trabajadores productivos. Para reducir costos adicionales que, de otra forma, deberían asumir los empleadores y empleados, puede estudiarse una serie de medidas financieras, como incentivos fiscales y financiación para adaptaciones razonables.

A “La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (CDPD) establece um programa para mudanças. O informe analisa a situação atual das pessoas com deficiência. Destaca lacunas no conhecimento deste problema e enfatiza a necessidade de se realizar mais pesquisas e unidade política. As recomendações apresentadas podem ajudar a estabelecer uma sociedade inclusiva e solidária para o avanço das pessoas com deficiência<sup>644</sup>.

#### **4.1.8 – Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2012**

Cabe ressaltar nesta tese, que por motivos não esclarecidos o informe de 2012, que foi anunciado como tema no trecho abaixo<sup>645</sup>, não se encontrou disponibilizado nos sites da OMS.

---

<sup>644</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponível em: < [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acesso em 06/02/2016. p. 25.

<sup>645</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2012. Disponível em: < [http://www.caescor.com/web/Noticias/Informe\\_sobre\\_la\\_salud\\_en\\_el\\_mundo\\_2012-61.aspx](http://www.caescor.com/web/Noticias/Informe_sobre_la_salud_en_el_mundo_2012-61.aspx)>. Acesso em 06/02/2016.

Bajo el lema *Investigaciones en pro de la salud*, el Informe sobre la salud en el mundo 2012 será el primero en el que se examinará el impacto de las investigaciones sanitarias. El tema se eligió en parte para cumplir con la función básica de la OMS consistente en «estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos». El objetivo es fomentar opciones de política eficaces y eficientes. Durante los últimos años se han hecho esfuerzos internacionales continuos para alentar las iniciativas de investigación y de aplicación práctica de conocimientos en el campo de la salud pública.

O arquivo anunciado não se encontra na página do site dos informes da OMS como vemos na descrição da página transcrita abaixo<sup>646</sup>. Apresenta-se a explicação que não se encontra em espanhol, no entanto, também não se encontra em inglês. Quando seguindo a orientação e voltando-se para o início da página, não se consegue chegar ao informe.

### **La página que ha pedido no está disponible en castellano.**

La página que está intentando acceder no se encuentra. Esto ocurre generalmente porque la dirección web (URL) es incorrecta o la página se ha movido, eliminado o no está disponible temporalmente.

Por favor, pruebe las siguientes opciones:

Vuelva a la página de inicio de la OMS.

Compruebe que la dirección web (URL) es correcta

Utilice nuestro sistema de búsqueda interna

Si usted todavía tiene problemas, por favor repórtelo usando elcomentarios y sugerencias páginas.

---

<sup>646</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2012/es/>>.

O editorial da revista científica PLOS Medicine propõe apresentar explicações para este informe não estar disponível no site<sup>647</sup>.

O periódico científico PLOS Medicine anunciou uma colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), convidando à apresentação de artigos para PLOS Medicine sobre o tema da "não há saúde sem investigação". Essa chamada de trabalhos foi destinada a culminar em uma coleção de acesso aberto dos artigos de pesquisa e comentários originais para coincidir com o lançamento em 2012 do informe mundial de Saúde sobre o mesmo tema. A coleção se propunha em se concentrar em oito áreas-chaves, relativas à forma como os países poderiam fortalecer seus sistemas de pesquisa em saúde, para melhor informar a entrega de formulação de políticas públicas de saúde. A importância de uma abordagem estratégica, com base em evidências, especialmente para países de baixa e média renda, foi destacada em uma declaração feita no Fórum Ministerial Global de 2008 sobre Investigação para a Saúde, em Bamako, Mali, resumindo como "os países não precisam uma companhia aérea nacional, mas precisam de uma estratégia de pesquisa nacional de saúde"<sup>648</sup>.

A year and a half ago, PLOS Medicine announced a collaboration with the World Health Organization (WHO), inviting submission of articles to PLOS Medicine on the theme of “no health without research” [1]. That call for papers was intended to culminate in an open-access collection of original research and commentary articles to coincide with the launch in 2012 of a World Health Report on the same topic. The collection was to focus on eight key areas (detailed in [1]) relating to how countries can strengthen their health research

---

<sup>647</sup> The *PLOS Medicine* Editors (2012) The World Health Report 2012 That Wasn't. PLoS Med 9(9): e1001317. doi:10.1371/journal.pmed.1001317.

<sup>648</sup> The *PLOS Medicine* Editors (2012) The World Health Report 2012 That Wasn't. PLoS Med 9(9): e1001317. doi:10.1371/journal.pmed.1001317.

systems, to better inform healthcare delivery and policymaking. The importance of a strategic, evidence-informed approach, particularly for low- and middle-income countries, is highlighted in a statement made at the 2008 Global Ministerial Forum on Research for Health, in Bamako, Mali, that “Countries don't need a national airline, but they do need a national health research strategy”.

Surpreendentemente, o informe foi cancelado. O periódico *Plos Medicine* manifesta na sua publicação do editorial de dezembro de 2012 ser decepcionante ver que o Informe Mundial da Saúde de 2012 não existiria, pelo menos como inicialmente previsto. As comunicações com a OMS em nome da diretora-geral Margaret Chan revelam que o relatório atrasou até o ano de 2013. A página originária destinada e descrevendo o informe, foi removida e substituída por uma nova página que mostra ser o foco do relatório orientado para a "Contribuições da pesquisa para a cobertura de saúde universal". Estas razões para os atrasos e para as mudanças no escopo da principal publicação da OMS, não ficaram claras<sup>649</sup>.

In light of the interest in the collection, it is disappointing to learn now that the 2012 World Health Report will not exist, at least as originally envisaged. Communications to WHO staff on behalf of the Director-General Margaret Chan reveal that the report has been delayed until 2013. The original webpage describing the intended report has been removed and replaced by a new page that notes the report's focus will now be oriented towards “the contributions of research to universal health coverage”. The reasons for these delays and for the changes in scope of WHO's flagship publication, are unclear.

---

<sup>649</sup> The *PLOS Medicine* Editors (2012) The World Health Report 2012 That Wasn't. *PLoS Med* 9(9): e1001317. doi:10.1371/journal.pmed.1001317.

Um canal de comunicação de importância e seriedade como o informe anual de saúde não ser publicado por um órgão internacional como a OMS sem explicações adequadas, além do atraso, leva a conjecturar razões reais para tal. Razões estas que nos levam a pensar quais interesses poderiam estar envolvidos, como resultantes do sistema capitalista, seus estados membros, grandes grupos empresariais, patrocinadores ou não da OMS. O simples fato de não ter uma publicação num determinado ano, como 2012, de um veículo de informação desde 1995, possibilita fazer uma hipótese que possa estar sendo invisibilizado algo que não seja do interesse do órgão e ou de seus patrocinadores. A explicação apresentada como atraso e que o mesmo seria levado para o ano de 2013 não pode ser aceita como satisfatória.

#### **4.1.9. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2013 – Investigações para uma cobertura universal**

No informe de 2013, a OMS aborda as investigações para uma cobertura universal de saúde<sup>650</sup>.

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado (1, 2).

---

<sup>650</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf)>. Acesso em 06/02/2016.

Como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población. Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las «circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen» influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere (3). La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población, sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan. Es lo que determina la existencia de los propios servicios. En reconocimiento de esta realidad, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos (4). Este objetivo se definió como «cobertura universal», algunas veces llamada «cobertura sanitaria universal». Los gobiernos se enfrentan a tres cuestiones fundamentales en su lucha por alcanzar este objetivo: 1. ¿Cómo se tiene que financiar dicho sistema sanitario? 2. ¿Cómo pueden proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios? 3. ¿Cómo pueden fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles?

À primeira vista nos parece que o mesmo seria o informe que deveria ter sido publicado em 2012. Não podemos fazer tal afirmação, pois a OMS não deu explicações para tal.

Este informe, destina-se a compreensão das metas de cobertura universal da saúde: aos que financiam a pesquisa para esta cobertura, à investigação e ou que gostariam de investigar e aqueles que utilizam os resultados da investigação. Mostra como a pesquisa para a saúde, em geral, apoia a pesquisa para a cobertura universal de saúde em particular<sup>651</sup>.

O informe se inicia apresentando que no ano de 2005, todos os Estados membros da OMS assumiram o compromisso de alcançar a cobertura de saúde universal<sup>652</sup>.

En 2005, todos los Estados Miembros de la OMS asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal. Ese compromiso fue una expresión colectiva de la convicción de que todas las personas deberían tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Obrar en pro de la cobertura sanitaria universal es un medio poderoso de mejorar las condiciones de salud y bienestar y de promover el desarrollo humano.

No entanto, esta cobertura de saúde e proteção contra riscos econômicos, estão muito distantes do que se entende por cobertura universal<sup>653</sup>.

No obstante, la cobertura de los servicios de salud y la protección contra los riesgos económicos distan mucho

---

<sup>651</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 06/02/2016. p. v.

<sup>652</sup> *Ibidem*, p. xi.

<sup>653</sup> *Ibidem*, p. 4.



actualmente de lo que se entiende por cobertura universal. En este sentido, casi la mitad de las personas infectadas por el VIH que podrían someterse a una terapia antirretroviral seguían sin recibirla en 2011, y se estima que todos los años unos 150 millones de personas son víctima de una catástrofe económica al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud que necesitan. Las condiciones que determinan la falta de salud, así como la capacidad financiera para proteger a la población contra las enfermedades, varían de un país a otro. En consecuencia, dado lo limitado de los recursos, cada país debe determinar sus prioridades para mejorar las condiciones de salud, los servicios que se necesitan, y los mecanismos apropiados de protección contra los riesgos económicos.

No movimento “Saúde para todos”, o conceito de cobertura de saúde universal se baseia numa visão ampla de serviços necessários para gozar boas condições de saúde e bem-estar<sup>654</sup>:

Herederio del movimiento «Salud para Todos», el concepto de cobertura sanitaria universal se funda en una visión amplia de los servicios necesarios para gozar de unas buenas condiciones de salud y bienestar. Estos servicios van desde la atención clínica del paciente individual hasta los servicios públicos que protegen la salud de una población entera. Incluyen servicios que proceden tanto del propio sector de la salud como de fuera de él. La protección contra los riesgos económicos es uno de los elementos del conjunto de medidas de protección social general.

---

<sup>654</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf)>. Acesso em 06/02/2016. p. 5.

Y la protección contra las dificultades económicas graves en caso de enfermedad proporciona la tranquilidad de espíritu que es parte integrante del bienestar.

O direito humano à saúde está diretamente apoiado na equidade e cobertura universal, como abordado no informe<sup>655</sup>:

Apoyar el objetivo de la cobertura sanitaria universal significa también preocuparse por la equidad y por la realización efectiva del derecho de cada quien a la salud. Se trata aquí de elecciones personales y morales concernientes al tipo de sociedad en que se desea vivir, en las que la cobertura universal trasciende los aspectos técnicos de la financiación sanitaria, la salud pública y la atención clínica. La cobertura universal es ya una ambición de todas las naciones de la Tierra, cualquiera que sea la etapa de desarrollo en que se encuentren. El calendario y las prioridades de acción difieren sensiblemente de un país a otro, pero la elevada meta de garantizar que todas las personas puedan recurrir a los servicios de salud que necesiten sin riesgo de quebranto económico, es la misma en todas partes.

O informe apresenta uma revisão histórica sobre a posição da OMS com relação ao direito humano à saúde, que apesar de se mostrar universalista por sua própria definição como um direito fundamental, evoluiu com a apresentação da declaração de Alma-Ata, em 1978; a ideia de que toda pessoa deve ter acesso a um sistema de saúde (2005); a função central da atenção primária no informe de 2008; o informe de 2010 sobre o sistema de financiamento do sistema de saúde, objetivando a garantia do acesso

---

<sup>655</sup>ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf)>. Acesso em 06/02/2016. p. 5.

ao serviço de saúde e proteção econômica; e este informe de 2013 sobre as pesquisas relacionadas a cobertura universal de saúde<sup>656</sup>.

A cobertura universal como grau máximo de saúde na constituição da OMS e a declaração de Alma-Ata (1978) foi assim apresentada:

La cobertura sanitaria universal es una aspiración fundamental para “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”, que, como se declara en la Constitución de la OMS, es “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Alcanzar ese grado máximo de salud es un objetivo que guía la política sanitaria a nivel nacional e internacional desde hace 65 años, proclamado en el programa “Salud para Todos” de la OMS, que comenzó en el decenio de 1970 y quedó consagrado en la Declaración de Alma-Ata de 1978. La Declaración de Alma-Ata se conoce sobre todo por la promoción de la atención primaria de salud como medio de hacer frente a los principales problemas sanitarios en la comunidad, fomentando un acceso equitativo a los servicios de salud tanto de promoción, prevención o curación como a los de rehabilitación y de cuidados paliativos.

Com relação à Assembleia Mundial de Saúde de 2005, ao informe de 2008 e 2010 observou-se que:

---

<sup>656</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 6.

La idea de que toda persona debe tener acceso a los servicios de salud que necesita sirvió de base a una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 2005, en la que se instaba a los Estados Miembros «a que introduzcan en sus planes la transición a la cobertura universal de sus ciudadanos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente». La función central de la atención primaria en los sistemas de salud fue reiterada en el Informe sobre la salud en el mundo 2008, dedicado a este tema. En el Informe sobre la salud en el mundo 2010 sobre la financiación de los sistemas de salud se siguió profundizando este legado, proponiéndose que los sistemas de financiación de la salud —que los países, cualquiera sea su nivel de ingresos, procuran constantemente modificar y adaptar— se desarrollaran teniendo presente el objetivo específico de alcanzar la cobertura sanitaria universal.

Quanto à garantia ao acesso aos serviços de saúde e proteção econômica o informe colocou:

El doble objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud y otorgar protección económica fue reafirmado en 2012 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en una resolución que promueve la cobertura sanitaria universal, incluidas la protección social y la financiación sostenible. La resolución de 2012 va incluso más lejos: pone de relieve la importancia de la cobertura sanitaria universal para alcanzar los ODM, aliviar la pobreza y conseguir un desarrollo sostenible. Se reconoce, al igual que lo hicieron el movimiento “Salud para Todos” y la Declaración de Alma-Ata, que la salud depende no solo de que se tenga acceso a los servicios médicos y un medio de pago por

esos servicios, sino también de que se comprenda la vinculación existente entre los factores sociales, el medio ambiente, los desastres naturales y la salud misma. Esta reseña histórica sirve para circunscribir el ámbito del presente informe.

O informe de 2013 com as investigações sobre a cobertura universal de saúde assim discorreu:

El Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal aborda cuestiones relativas a la prevención y el tratamiento, a las modalidades de pago de los servicios por los usuarios y los gobiernos, a sus repercusiones en la salud de la población y de los individuos, y a la manera de mejorar las condiciones de salud mediante intervenciones realizadas tanto en el propio sector sanitario como fuera de él. Aunque el centro de atención de la cobertura sanitaria universal son las intervenciones cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud, hay intervenciones en otros sectores —la agricultura, educación, finanzas, industria, vivienda y otros - que pueden proporcionar considerables beneficios sanitarios.

No informe se retoma o conceito de cobertura universal da saúde do informe de 2010 como três dimensões: os serviços de saúde necessários; o número de pessoas que necessitam deles, e as despesas para quem paga – usuários; e financiamento de terceiros<sup>657</sup>.

Os serviços de saúde compreendem:

---

<sup>657</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 6, 7.

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en cantidad como en calidad. Asimismo, han de estar en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc. Todos los gobiernos deberían decidir, pues, qué servicios de salud son necesarios, y cómo asegurarse de que estén universalmente disponibles y sean asequibles, eficaces y de buena calidad. Los servicios que se necesitan difieren de un entorno a otro, ya que las causas de la falta de salud también varían.

As pessoas que necessitam dos serviços e as despesas para quem paga assim foram descritos:

En todos los países hay personas que no pueden pagar directamente, de su propio bolsillo, los servicios que necesitan o que pueden encontrarse en una situación muy desfavorecida si lo hacen. Cuando una persona con escasos ingresos, carente de toda protección contra los riesgos económicos, se enferma, se enfrenta a un dilema: si existe un servicio de salud local, puede decidir usarlo y empobrecerse aún más al tener que pagarlo, o bien puede decidir no usarlo, seguir enferma y correr el riesgo de quedar incapacitada para trabajar.

O financiamento de terceiros foi abordado no informe desta forma:

La solución general para lograr una amplia cobertura de protección contra los riesgos económicos pasa por distintas formas de pago anticipado por los servicios. El pago anticipado permite mancomunar fondos de modo que puedan redistribuirse para reducir los obstáculos económicos con que tropiezan

quienes necesitan usar servicios a los que de otra manera no podrían recurrir. Los pagos anticipados pueden obtenerse de los impuestos, de otros gravámenes oficiales o de los seguros médicos, y por lo general proceden de una combinación de fuentes.

A questão de como fornecer e manter a necessária proteção contra os riscos econômicos foi apresentada como pertinente em todas as partes<sup>658</sup>.

El acceso a la protección contra los riesgos económicos podría expresarse como el número de personas inscritas en algún tipo de plan de seguros o cubiertas por un servicio de salud financiado mediante impuestos que sea gratuito en el punto de atención. En realidad, la protección contra los riesgos económicos suele calibrarse con mayor precisión por las consecuencias adversas que padecen quienes no gozan de ella.

Os sistemas de seguimento da cobertura assistencial deveriam registrar não apenas o número total de pessoas que têm ou não o acesso, mas dados sociodemográficos das mesmas<sup>659</sup>:

Cuando la cobertura es verdaderamente universal, todos tienen acceso, mientras que una cobertura parcial puede beneficiar a ciertos grupos más que a otros. Para vigilar la equidad de la oferta y la demanda de servicios de salud, los indicadores deberían desglosarse por ingresos o riqueza, sexo, edad, discapacidad, lugar de residencia (por ejemplo, zona rural/

---

<sup>658</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 13.

<sup>659</sup> *Ibidem*, p. 21.

urbana, provincia o distrito), estado migratorio y origen étnico (por ejemplo, grupos indígenas). Por ejemplo, el aumento del acceso al agua potable ha sido desparejo: el 19% de los pobladores rurales no contaban con fuentes mejoradas de abastecimiento de agua en 2010, en contraste con solo un 4% de los habitantes urbanos. Este análisis indica hacia dónde se deben dirigir los nuevos esfuerzos para mejorar la cobertura.

Além da quantidade dos atendimentos, o informe apresenta investigações relacionadas à qualidade, com indicadores de determinadas intervenções<sup>660</sup>:

Lo importante no es solo la cantidad de los servicios de salud que se prestan sino también su calidad. Siguiendo una larga tradición de investigación sobre la calidad de la atención, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) ha confeccionado mediciones de la calidad de determinadas intervenciones, relativas al cáncer y la salud mental, algunos aspectos de la prevención y la promoción de la salud, y la seguridad y experiencias del paciente.

Focando as investigações, a finalidade do informe não foi determinar a distância entre a cobertura atual e a universal, mas definir as perguntas e respostas para se acelerar o progresso da cobertura universal<sup>661</sup>.

Con el punto de mira puesto en la investigación, la finalidad del presente informe no es, empero, medir en definitiva la brecha entre la cobertura actual de los servicios de salud y la cobertura

---

<sup>660</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 22.

<sup>661</sup> *Ibidem*, p. 23.



universal, sino más bien determinar las preguntas que se plantean a medida que procuramos avanzar hacia esa cobertura y examinar de qué manera puede dárseles respuesta a fin de acelerar los progresos.

As primeiras perguntas apresentadas neste informe sobre investigações foram definidas como relacionadas aos serviços de saúde e as segundas, como os indicadores para avaliação desta cobertura<sup>662</sup>.

En este capítulo se han determinado dos tipos de preguntas de investigación. La primera y más importante de las dos series de preguntas tiene que ver con la elección de los servicios de salud que se necesitan, el mejoramiento de la cobertura de esos servicios y de la protección contra los riesgos económicos, y la evaluación de cómo una mayor cobertura de ambos componentes genera mejores condiciones de salud y bienestar. La segunda serie de preguntas concierne a la medición de los indicadores y los datos necesarios para el seguimiento de la cobertura, la protección contra los riesgos económicos, y los beneficios que se derivan para la salud.

No informe são apresentadas que novas formas de investigações estão surgindo, compreendendo parcerias entre instituições de ensino, governamentais, organizações internacionais e iniciativa privada. As investigações apesar de estarem em alta, na realidade poucos países têm avaliado os pontos fortes e frágeis dos seus programas nacionais de investigação<sup>663</sup>.

---

<sup>662</sup>ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 23.

<sup>663</sup> *Ibidem*, p. 32.

No solo se realizan más investigaciones, sino que también se están haciendo de manera más creativa. Un ejemplo es el nuevo concepto con el que se pretende romper el molde tradicional de investigación y desarrollo (I+D), y según el cual se crean nuevos productos mediante alianzas entre universidades, gobiernos, organizaciones internacionales y el sector privado.

La investigación está en alza, pero son pocos los países que han evaluado objetivamente los puntos fuertes y débiles de sus programas nacionales de investigación, y pocos también han evaluado los beneficios sanitarios, sociales y económicos que pueden reportar las investigaciones. Todos los países se verán beneficiados si adoptan un enfoque sistemático del seguimiento y evaluación de las inversiones, las prácticas, los productos y las aplicaciones concernientes a la investigación.

O informe apresenta duas observações importantes: 1º) a criatividade, imaginação e inovação, fundamentais em todas as culturas, são universais. 2º) Tem-se observado um aumento da produtividade das investigações nos países de baixa e média rendas<sup>664</sup>.

La primera observación es que la creatividad, la imaginación y la innovación, fundamentales en toda cultura de búsqueda, son universales. Una premisa de este informe es que las nuevas ideas prosperarán dondequiera que se las aliente y se les permita hacerlo.

La segunda observación es que ha habido un sorprendente aumento de la productividad de las investigaciones en los países

---

<sup>664</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 33.

de ingresos bajos y medios a lo largo de los dos últimos decenios, a raíz del informe de la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo, entre otras cosas. El mayor reconocimiento del valor que tienen las investigaciones tanto para la salud como para la sociedad y la economía ha intensificado la tendencia al alza. Si bien el crecimiento es desparejo, la mayoría de los países ya cuentan con los cimientos sobre los que asentar programas de investigación eficaces

No informe, os autores apresentam as definições utilizadas: investigações, investigações básicas ou fundamentais, aplicadas, operacionais ou sobre a aplicação, translacionais, sobre políticas e sistemas de saúde, em prol da saúde, para uma cobertura de saúde internacional e inovação<sup>665</sup>.

**Investigación** es la profundización de los conocimientos con la finalidad de comprender los problemas relativos a la salud y darles una mejor respuesta. La investigación es una fuente imprescindible, aunque no la única, de la información que se utiliza en la elaboración de las políticas sanitarias. En la adopción de decisiones se tienen en cuenta también otras consideraciones - valores culturales, derechos humanos, justicia social, etc. - para sopesar la importancia de los diferentes tipos de datos que ofrece la ciencia. La investigación excluye los habituales ensayos y análisis de tecnologías y procesos, que se realizan con miras al mantenimiento de los programas de salud o de lucha contra las enfermedades, y como tal es distinta de la investigación para elaborar nuevas técnicas de análisis. Excluye

---

<sup>665</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 34.

también la confección de material pedagógico que no conlleve algún trabajo de investigación inicial.

**Investigación básica o fundamental** es el trabajo experimental o teórico que se acomete principalmente a fin de adquirir nuevos conocimientos sobre los fundamentos de los fenómenos o los hechos observables, sin proponerse ninguna aplicación o uso particular.

**Investigación aplicada** es la investigación original emprendida a fin de adquirir nuevos conocimientos, principalmente con una meta u objetivo práctico concreto.

**Investigación operativa o investigación sobre la aplicación** es aquella con la que se procura obtener conocimientos sobre intervenciones, estrategias o instrumentos con objeto de potenciar la calidad o la cobertura de los sistemas y servicios de salud. El diseño puede consistir, por ejemplo, en un estudio observacional, un estudio transversal, un estudio de casos y controles o de cohorte, o en un ensayo aleatorizado controlado.

**Investigación traslacional** es la que traslada el conocimiento adquirido en la investigación básica al dispensario o la comunidad a efectos de su aplicación, y se la suele caracterizar con las expresiones “del laboratorio al paciente” y “del paciente a la comunidad”. La traslación se realiza entre cualesquiera de varias etapas: traslado de un descubrimiento básico a una aplicación sanitaria candidata; determinación del valor de una aplicación conducente a la elaboración de directrices basadas en pruebas científicas; transposición de directrices en prácticas sanitarias, mediante su aplicación, difusión, e investigaciones de divulgación; o evaluación de los resultados sanitarios de una práctica de salud pública. Este tipo de investigación se ha llamado también **investigación experimental para el desarrollo**.

**Investigación sobre políticas y sistemas de salud (IPSS)** es aquella con la que se procura conocer y mejorar la manera en

que las sociedades se organizan para alcanzar sus objetivos colectivos, y en que los diferentes actores interactúan en los procesos de política y su aplicación a fin de contribuir al logro de resultados. La IPSS es una combinación interdisciplinaria de economía, sociología, antropología, ciencias políticas, salud pública y epidemiología, que en conjunto dan una visión integral de la respuesta y adaptación de los sistemas de salud a las políticas sanitarias, y de cómo estas últimas pueden influir en los sistemas de salud y los determinantes sanitarios más amplios, y a su vez ser influidas por estos.

**La investigación en pro de la salud** abarca una gama más amplia de investigaciones que la investigación sanitaria, lo que refleja el hecho de que la salud depende también de medidas adoptadas fuera del sector sanitario: en las esferas de la agricultura, la educación, el empleo, la política fiscal, la vivienda, los servicios sociales, el comercio, el transporte, etc. Esta concepción más amplia de la investigación tendrá creciente importancia en la transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas a una agenda de desarrollo sostenible posterior a 2015.

**La investigación para una cobertura sanitaria internacional**, que forma parte de todas las investigaciones en pro de la salud, es el cuerpo de preguntas, métodos y resultados utilizados para encontrar nuevos medios de prestar la atención de salud que cada quien necesita.

**Innovación** es un término general referente a la introducción de algo nuevo: una idea, una estrategia, un método o un dispositivo. Las nuevas ideas pueden ser evaluadas objetivamente mediante el proceso de investigación.

Fica claro a posição dos direitos humanos e valores culturais colocados pelo informe como uma das ancoras das investigações para a cobertura universal da saúde.

No informe são apresentados exemplos de classificações de estudos<sup>666</sup>:

**1. Investigación de apoyo (investigación básica o fundamental)** - Desarrollo y funcionamiento biológicos normales; procesos psicológicos y socioeconómicos; ciencias químicas y físicas; metodologías y mediciones (incluida la carga de morbilidad); recursos e infraestructura.

**2. Etiología (relaciones causales)** - Factores biológicos y endógenos; factores relativos al medio físico; factores psicológicos, sociales y económicos; vigilancia y distribución; diseño y metodologías de la investigación.

**3. Prevención de enfermedades y afecciones, y promoción de la buena salud** - Intervenciones primarias de prevención para modificar comportamientos o promover el bienestar; intervenciones para alterar los riesgos ambientales físicos y biológicos; nutrición y quimioprofilaxis; vacunas.

**4. Detección, cribado y diagnóstico** - Descubrimiento y ensayos preclínicos de marcadores y tecnologías; evaluación de marcadores y tecnologías de diagnóstico; pruebas de detección en la población.

**5. Desarrollo de tratamientos e intervenciones terapéuticas** - Productos farmacéuticos, terapias celular y genética; dispositivos médicos; cirugía; radioterapia; intervenciones psicológicas y conductuales; tratamientos físicos y complementarios.

**6. Evaluación de tratamientos e intervenciones terapéuticas** - Productos farmacéuticos, terapias celular y genética; dispositivos médicos; cirugía; radioterapia; intervenciones

---

<sup>666</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf)>. Acesso em 07/02/2016. p. 35.

psicológicas y conductuales; tratamientos físicos y complementarios.

**7. Gestión de enfermedades y afecciones** - Necesidades de atención personales; gestión y adopción de decisiones; recursos e infraestructura.

**8. Investigaciones sobre políticas y sistemas de salud** - Organización y prestación de servicios; economía de la salud y el bienestar; política, ética y gobernanza de la investigación; diseño y metodología de las investigaciones; recursos e infraestructura. Los sistemas y servicios que benefician la salud se encuentran tanto dentro como fuera del sector sanitario.

A pesquisa abrange cinco passos: a determinação da magnitude do problema de saúde; compreender as suas causas; encontrar soluções; traduzir as evidências científicas em políticas, práticas e produtos; e avaliar a eficácia após a implementação. O processo de investigação não é linear, mas cíclico, porque cada resposta gera um novo conjunto de perguntas. Este ciclo de pesquisa é muitas vezes chamado de "ciclo de inovação"<sup>667</sup>.

A figura abaixo do informe, ilustra estas cinco partes da investigação com a má-nutrição por carência de micronutrientes.

---

<sup>667</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 36.



Figura10 - O ciclo das atividades de investigação, dividido em cinco partes, ilustrando com referência à má-nutrição por carência de micronutrientes.

Como todo processo de investigação científica, as investigações para cobertura universal de saúde não são lineares; são cíclicas, gerando sempre novas perguntas a partir das respostas encontradas<sup>668</sup>.

<sup>668</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf)>. Acesso em 07/02/2016. p. 37.



La secuencia de las preguntas de investigación no es lineal sino cíclica: las preguntas generan respuestas y luego aún más preguntas. Por ejemplo, ¿qué etapas del ciclo de investigación han de incluirse: calibrar el problema, conocer las opciones para resolverlo, resolverlo comparando las opciones, aplicar la solución preferida, o evaluar el resultado? En la progresión de los estudios observacionales (habitualmente inferencias más débiles) a los ensayos aleatorizados controlados (inferencias más fuertes), ¿qué diseños de estudio se utilizarán?

Um crescimento desigual com relação às investigações em todo o mundo é descrito no informe. Apesar das pesquisas terem se multiplicado, em muitos locais estão abaixo do ideal<sup>669</sup>:

Las investigaciones se multiplican, y sus resultados redundan en beneficios para la salud en el mundo entero. Sin embargo, el nivel del proceso investigativo - establecer prioridades, crear capacidad, formular y adoptar estándares de práctica, y traducir los resultados en políticas - no es desde luego uniformemente alto. En muchos contextos, la labor de investigación está muy por debajo del ideal mundial.

Uma grande diversificação dos tipos de estudos é relatada, sendo muitas de determinados tipos e escassas de outros<sup>670</sup>.

El crecimiento de la labor de investigación, en la que se abordan muy diferentes cuestiones en una gran variedad de entornos, es

---

<sup>669</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 45.

<sup>670</sup> *Ibidem*, p. 46.

por fuerza desigual. Hay ya cientos de estudios publicados que versan sobre enfermedades y afecciones específicas, referentes a toda una gama de lesiones y enfermedades transmisibles y no transmisibles. En cambio, son relativamente escasos los estudios en que se intenta establecer prioridades de investigación, considerando todos los aspectos de la salud, desde la perspectiva de los gobiernos nacionales.

A falta de incentivos pode estar vinculada aos direitos de propriedade intelectual. A proteção das ideias novas como a propriedade intelectual fomenta o desenvolvimento de novos medicamentos e tecnologias. No entanto, os produtos são vendidos àqueles que podem comprar, excluindo os que mais necessitam<sup>671</sup>:

También hay desincentivos vinculados a los derechos de propiedad intelectual. La protección de ideas nuevas como propiedad intelectual fomenta el desarrollo de nuevas medicinas y tecnologías. Pero los productos se venden a personas que pueden permitirse comprarlos, quedando a menudo excluidos quienes más los necesitan. Tanto el conocimiento gratuito (considerado un bien público) como el enormemente restringido (limitado por su carácter de propiedad privada) pueden ser obstáculos al mejoramiento de la salud; el primero puede desalentar la innovación y el último, limitar el acceso a los productos de la innovación. Los «fallos del mercado» son enemigos de la cobertura sanitaria universal, y los hechos relacionados con ellos registrados en distintos contextos plantean algunas cuestiones de importancia decisiva para la investigación. A este respecto, algunos grupos de trabajo de

---

<sup>671</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 48.

expertos de la OMS han procurado promover la labor de I+D de manera tal que la producción de bienes públicos corrija esas disfunciones.

O problema do baixo investimento em pesquisa nos países de baixa renda é amplificado por causa do preconceito contra o tipo de pesquisa que beneficiaria os países<sup>672</sup>.

El problema de la escasa inversión en investigaciones en los países de bajos ingresos se amplifica a causa del sesgo contra el tipo de investigaciones que beneficiarían a esos países. En total, se gastan en el mundo más de US\$ 100 000 millones cada año en investigaciones sanitarias. Alrededor de la mitad de ese gasto corresponde al sector privado, principalmente a las industrias farmacéutica y biotecnológica, y los productos de sus investigaciones se destinan sobre todo a los mercados de los países de ingresos altos.

As investigações para uma cobertura universal de saúde são fundamentais para a descoberta, desenvolvimento e realização das intervenções para manter uma boa saúde<sup>673</sup>.

Las investigaciones para una cobertura sanitaria universal no son un lujo; son, ante todo, fundamentales para el descubrimiento, el desarrollo y la realización de las intervenciones que se necesitan para mantener la buena salud (100). Si «la mejor época de la salud pública aún está por

---

<sup>672</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 48.

<sup>673</sup> *Ibidem*, p. 52.

venir», así será, en parte, porque la mejor época de la investigación sanitaria también está por delante.

A pesquisa possibilita um caminho até a cobertura universal de saúde e melhoria da mesma. No informe, os autores ilustram com 12 estudos de casos, em que se investigam desde a prevenção e controle de determinadas doenças até o funcionamento dos sistemas de saúde<sup>674</sup>.

La investigación ilumina el camino hacia la cobertura sanitaria universal y el mejoramiento de la salud. Este capítulo lo ilustra con 12 estudios de casos en que se investigan temas que van desde la prevención y el control de determinadas enfermedades hasta el funcionamiento de los sistemas de salud. Varios estudios de casos muestran que el camino hacia la cobertura sanitaria universal está vinculado a los progresos en la consecución de los ODM relacionados con la salud, concernientes a la salud de la madre y el niño y la lucha contra las principales enfermedades transmisibles.

No informe é apresentado o discurso da instituição como sua posição e papel nas investigações para cobertura universal de saúde<sup>675</sup>.

El papel de la OMS consiste en impulsar investigaciones que aborden las necesidades sanitarias dominantes de sus Estados Miembros, prestar apoyo a los sistemas nacionales de investigación sanitaria, establecer normas y criterios para la

---

<sup>674</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 07/02/2016. p. 60.

<sup>675</sup> *Ibidem*, p. 147.

ejecución adecuada de las investigaciones, y acelerar la traslación de los resultados de la investigación a las políticas y las prácticas sanitarias.

#### **4.1.10. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2014**

O Informe mundial do ano de 2014, como no ano de 2012 não foi encontrado pelos recursos de busca que possibilitaram encontrar os demais informes. Nos sites da OMS não se encontrou explicações pelo mesmo não estar apresentado ou publicado.

#### **4.1.11. Informe sobre a saúde no mundo do ano de 2015 - O envelhecimento e a saúde**

Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto<sup>676</sup>.

O informe anual de 2015 tem como tema o envelhecimento, considerando uma realidade atual, na qual as pessoas podem viver mais que 60 anos. Frente ao envelhecimento e aos desafios de saúde, este informe se propõe a formular políticas para a população que envelhece e para os serviços a serem prestados<sup>677</sup>.

---

<sup>676</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.vii.

<sup>677</sup> *Ibidem* p.vii.

El Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud responde a estos desafíos recomendando cambios igualmente profundos en la manera de formular las políticas para las poblaciones que envejecen y de prestarles servicios. Estas recomendaciones se basan en un examen de los datos más recientes sobre el proceso de envejecimiento. Muchas percepciones y suposiciones comunes acerca de las personas mayores se basan en estereotipos obsoletos, señala el informe.

As incapacidades resultantes do envelhecimento estão relacionadas com a idade cronológica apenas vagamente. É muito mais resultante dos fatos ocorridos durante o curso e ciclo da vida das pessoas<sup>678</sup>.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. No existe una persona mayor “típica”. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida.

No informe apresentou-se que o envelhecimento saudável é muito mais que a ausência de doenças, sendo muito mais importante a manutenção da capacidade funcional<sup>679</sup>.

---

<sup>678</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em  
08/02/2016. p.vii.

<sup>679</sup> *Ibidem*, p.viii.

El informe hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población, que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores.

Com relação ao aumento da expectativa de vida, possibilitando às pessoas aspirarem viver mais de 60 anos, como descrito no início da análise deste informe, esta aspiração nos países de baixa e média renda se deve à redução da mortalidade infantil e das doenças infecciosas. Já nos países de alta renda, o aumento da expectativa de vida se deve a redução da mortalidade do idoso<sup>680</sup>.

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir mas alla de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida

---

<sup>680</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.3.

actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores.

Sendo a longevidade acompanhada de um período prolongado de boa saúde, não se pode afirmar que atualmente as pessoas gozem de melhor saúde do que seus antepassados na mesma idade<sup>681</sup>.

Aunque se suele suponer que el aumento de la longevidad viene acompañado de un período prolongado de buena salud, no hay pruebas sólidas de que las personas mayores en la actualidad gocen de mejor salud que sus padres a la misma edad. Algunos estudios longitudinales indican una posible disminución de la prevalencia de la discapacidad grave en los países ricos, pero esta tendencia no parece extenderse a la discapacidad menos grave e incluso puede haberse estancado. El panorama en los países de ingresos bajos y medianos es aún menos claro.

A má saúde não tem que ser a característica predominante e limitante das populações com idades mais avançadas, sendo que a boa nutrição e a atividade física podem trazer grandes benefícios para a saúde destas populações<sup>682</sup>.

Pero la mala salud no tiene que ser la característica predominante y limitante de las poblaciones de edad avanzada. La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. De hecho, incluso a edad muy avanzada, la actividad física y la buena

---

<sup>681</sup> *Ibidem*, p.4.

<sup>682</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.4.



nutrición pueden tener grandes beneficios para la salud y el bienestar. Otros problemas de salud en muchos casos se tratan con eficacia, sobre todo si se los detecta a tiempo. E incluso las personas con deterioro de la capacidad pueden ir adonde necesitan ir y hacer lo que necesitan hacer si cuentan con los entornos favorables adecuados. La atención a largo plazo y el apoyo pueden asegurarles una vida digna, con oportunidades para el crecimiento personal sostenido. Sin embargo, los hábitos poco saludables siguen siendo frecuentes entre los adultos mayores; los sistemas de salud no están bien adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada que atienden actualmente; en muchas partes del mundo es peligroso y poco práctico que una persona mayor salga de su hogar; los cuidadores suelen no estar capacitados, y al menos una de cada diez personas mayores es víctima de alguna forma de maltrato.

Os marcos jurídicos e internacionais sobre o envelhecimento a partir de 2002 foram apresentados no informe. No entanto, um estudo envolvendo 130 países mostrou que são baixos os níveis de formação em geriatria e gerontologia nas profissões da área de saúde, apesar do aumento crescente da população de idosos<sup>683</sup>.

Dos instrumentos internacionales de política han guiado la acción sobre el envejecimiento desde 2002: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y Envejecimiento activo: un marco político, de la Organización Mundial de la Salud. Estos documentos se inscriben en el marco jurídico internacional conformado por las normas internacionales de derechos humanos. Celebran el

---

<sup>683</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.4.

aumento de la esperanza de vida y el potencial de las poblaciones de edad como recursos importantes para el desarrollo futuro. Destacan las habilidades, la experiencia y la sabiduría de las personas mayores, así como las contribuciones que hacen.

Sin embargo, en un estudio reciente sobre los progresos realizados a nivel mundial desde 2002, que abarcó a más de 130 países, se señaló que “en las políticas de salud, el reto de la transición demográfica tiene prioridad baja”; “se registran bajos niveles de formación en geriatría y gerontología en las profesiones de la salud, a pesar del creciente número de personas mayores”; y “la atención y el apoyo a los cuidadores [...] no es un objetivo prioritario de la acción gubernamental sobre el envejecimiento”.

A questão dos direitos humanos foi apresentada diretamente no informe, colocando-se que os direitos estão relacionados entre si, sendo interdependentes e inalienáveis<sup>684</sup>.

Los derechos humanos son las libertades y derechos universales, de individuos y grupos, que están consagrados por la ley. Comprenden derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, y derechos sociales, económicos y culturales, como el derecho a la salud, a la seguridad social y a la vivienda. Todos los derechos están relacionados entre sí y son interdependientes e inalienables. No es posible privar a una persona de sus derechos humanos en razón de su edad o estado de salud. El artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

---

<sup>684</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em  
08/02/2016. p.5.

Sociales y Culturales prohíbe la discriminación fundada en la condición de una persona, y esta prohibición abarca la edad. Por definición, los derechos humanos se aplican a todas las personas, incluidas las personas mayores, aunque no se haga referencia expresa en el texto a los grupos de edad más avanzada o al envejecimiento. Durante los últimos dos decenios, se ha avanzado mucho en los esfuerzos para promover los derechos humanos, incluidos los de las personas mayores. Varios tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos hacen referencia al envejecimiento o a las personas mayores y consagran a las personas mayores que son mujeres, migrantes o personas con discapacidad el derecho a no ser discriminadas; hacen referencia al derecho de las personas mayores a la salud, la seguridad social y un nivel de vida adecuado, y defienden su derecho a no ser objeto de explotación, violencia ni abuso.

O informe apresentou que se destacou em 2002 dois marcos com relação ao envelhecimento: a Assembleia Geral da ONU aprovando a “Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento” e a OMS ter levado a público o documento “Envelhecimento ativo: um marco político”<sup>685</sup>.

**El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento** - En 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En sus recomendaciones, se reconocen tres prioridades para la acción: las personas mayores y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y

---

<sup>685</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.5.

favorable para las personas mayores. En el Plan se señalan varias cuestiones clave que siguen siendo pertinentes en 2015 y en las que se hace hincapié en este informe. Se trata de cuestiones como promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados para las personas mayores con VIH o SIDA; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; prestar los servicios adecuados a las personas mayores con discapacidad (un tema tratado en la orientación prioritaria relativa a la salud); proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores (tema tratado en la orientación prioritaria relativa al entorno). El Plan también hace hincapié en la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido.

**Envejecimiento activo** - La idea del envejecimiento activo surgió en un intento de hermanar de forma coherente ámbitos políticos muy compartimentados. En 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el documento Envejecimiento activo: un marco político. En este marco se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. Se hace hincapié en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las personas mayores sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. El marco político de la OMS reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico. Propone cuatro políticas fundamentales para la respuesta de los

sistemas de salud: prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura; reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida; desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen; proporcionar formación y educación a los cuidadores.

Pode-se observar uma confluência e complementariedade de abordagens entre a ONU e OMS com relação aos vários aspectos envolvidos nos direitos humanos e qualidade de vida do indivíduo idoso e, conseqüentemente, de toda a sociedade como um todo. Propõe-se assim um conjunto amplo de ações a serem executadas para se conseguir os objetivos desejados.

Acredita-se que para se atingir os objetivos da “Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento” e o “Envejecimiento activo” seja necessária una mudança sistêmica, pois mesmo nos países de alta renda, a situação atual pode conduzir a polimedicação, intervenções desnecessárias e uma atenção inferior à adequada<sup>686</sup>.

Para lograr los objetivos planteados en la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y en Envejecimiento activo: un marco político no basta simplemente con hacer más de lo que ya se está haciendo o con hacerlo mejor. Se necesita un cambio sistémico. En los países de ingresos altos, los sistemas de salud suelen estar

---

<sup>686</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.5.

mejor diseñados para curar enfermedades agudas que para gestionar y reducir al mínimo las consecuencias de los estados crónicos prevalentes en la vejez. Además, en estos sistemas frecuentemente se trabaja de manera compartimentada, por lo que se abordan cada una de estas cuestiones por separado. Esta situación puede conducir a la polifarmacia, a intervenciones innecesarias y a una atención inferior a la adecuad.

As carências da assistência à saúde nos países de renda baixa e média são a causa para que haja um grande número de idosos com limitações na funcionalidade. A infraestrutura limitada ou inexistente leva à responsabilização da família, em geral de uma mulher, que necessita renunciar ao trabalho<sup>687</sup>.

Estas carencias en la asistencia sanitaria en los países de ingresos bajos y medianos son la causa de que haya un gran número de personas mayores con limitaciones en su funcionalidad (capítulo 3). Debido a que se trata con frecuencia de entornos con infraestructura limitada —cuando no inexistente— para la atención a largo plazo, esta responsabilidad recae en las familias, que por lo general carecen de capacitación o apoyo para proporcionar la atención necesaria. Esta situación puede requerir que otro miembro de la familia, por lo general una mujer, renuncie a trabajar.

Vamos observar então além da violação do direito humano à saúde do idoso, violações em cascata, como a violação do direito humano de gênero da mulher que se torna uma “cuidadora”, precisando renunciar ao trabalho.

---

<sup>687</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.7.

Logo, para abordagem integral da saúde pública ao envelhecimento deverão se transformar os sistemas que já não respondem às novas características das populações que atendem<sup>688</sup>.

Por consiguiente, un abordaje integral de salud pública al envejecimiento de la población deberá transformar sistemas que ya no responden a las nuevas características de las poblaciones que atienden. Para que respondan, es preciso saber más sobre la salud en la edad avanzada y definir concretamente qué se puede hacer para mejorarla. Además, se necesita integrar en estos esfuerzos a todos los sectores, ya que en la salud de las personas mayores no solo influyen los sistemas de salud y atención a largo plazo, sino también el entorno en el que viven y han vivido toda su vida.

É necessário superar quatro desafios fundamentais para se alcançar bons resultados na resposta abrangente ao envelhecimento da saúde pública<sup>689</sup>. Estes desafios são a diversidade da velhice, o impacto da inequidade, estereótipos antiquados e novas expectativas e, a transformação do mundo.

Particularizando cada desafio, o informe assim apresentou assim sobre a diversidade da velhice<sup>690</sup>:

Un desafío importante es la enorme diversidad de los estados salud y estados funcionales que presentan las personas mayores. Esta diversidad refleja los cambios fisiológicos sutiles que se

---

<sup>688</sup> *Idem.*

<sup>689</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.7.

<sup>690</sup> *Idem.*

producen con el tiempo, pero que solo se asocian vagamente con la edad cronológica.

Abordando o impacto da inequidade o informe mostra que a diversidade não é casual, são os entornos físicos e sociais que influenciam diretamente a saúde<sup>691</sup>.

La diversidad en la vejez no es casual. Aunque parte de la diversidad se debe a la herencia genética o a las decisiones tomadas por las personas durante su vida, la mayor parte es el resultado de influencias que a menudo están fuera de su control o fuera de las opciones que tienen a su disposición, dado que los entornos físicos y sociales que las personas habitan pueden influir en la salud directamente o por medio de obstáculos o incentivos que afectan las oportunidades, las decisiones y el comportamiento.

Os estereótipos ultrapassados de que o idoso não seja produtivo levam a estigmatização e suposições generalizadas, além da não reflexão do que é ser produtivo, e o direito de quem já muito produziu. A capacidade de aproveitar oportunidades inovadoras poderá possibilitar a formulação de políticas públicas transformadoras<sup>692</sup>.

Algunos de los obstáculos más importantes para formular una buena política de salud pública sobre el envejecimiento son los conceptos erróneos, actitudes y suposiciones generalizados acerca de las personas mayores. Aunque hay pruebas considerables de que los adultos mayores contribuyen a la sociedad en muchos sentidos, a menudo se los ve de manera

---

<sup>691</sup> *Ibidem*, p.9.

<sup>692</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.9.



estereotipada como una carga o como personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes. La discriminación por motivos de edad que encierran estas actitudes limita la forma en que se conceptualizan los problemas, las preguntas que se hacen y la capacidad para aprovechar oportunidades innovadoras. Al partir de estas actitudes para formular las políticas, a menudo se hace gran énfasis en la contención del gasto.

Mostrou-se que a transformações não estão ocorrendo apenas na população idosa, mas em todo o mundo<sup>693</sup>.

No se trata solo de que las personas mayores puedan aspirar a vivir mucho más que antes, sino de que el mundo que las rodea ha cambiado. Por ejemplo, en los últimos 50 años se ha registrado un movimiento demográfico masivo desde las zonas rurales hacia las urbanas. Ahora, por primera vez, la mayoría de la población mundial vive en ciudades. El mundo también se ha hecho mucho más rico gracias al desarrollo socioeconómico casi global, aunque en muchos lugares esto ha traído consigo un aumento de la disparidad, en gran medida evitable. Los avances en el transporte y las comunicaciones han permitido la rápida globalización de las actividades económicas y culturales, junto con el aumento de la migración, la desregulación de los mercados laborales y el cambio de los puestos de trabajo que ocuparon tradicionalmente muchas de las personas ahora de edad avanzada hacia nuevos sectores de la economía.

---

<sup>693</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.13.

O informe traz a complexa observação de que para algumas pessoas idosas, particularmente aquelas que têm conhecimentos, habilidades desejáveis e flexibilidade financeira, as mudanças no mundo criam novas oportunidades. Para outras, essas alterações podem abolir redes de segurança social que de outra forma teriam disponíveis<sup>694</sup>.

Para algunas personas mayores, particularmente aquellas que tienen conocimientos y habilidades deseables y flexibilidad financiera, estos cambios crean nuevas oportunidades. Para otras, puede que estos cambios supriman las redes de seguridad social que, de otra manera, hubieran tenido a disposición. Por ejemplo, mientras que la globalización y la conectividad mundial pueden hacer que sea más fácil para las generaciones más jóvenes migrar a zonas de crecimiento, también pueden hacer que los familiares de edad avanzada queden en las zonas rurales pobres sin las estructuras tradicionales de la familia a las que, de otro modo, hubieran podido recurrir en busca de apoyo.

Os direitos humanos das pessoas idosas forma elencados como uma parte fundamental do informe de 2015<sup>695</sup>.

La primera justificación para destinar recursos públicos a mejorar la salud de las poblaciones de edad avanzada es el derecho humano que las personas mayores tienen al más alto nivel de salud posible. Este derecho está consagrado en el derecho internacional. Sin embargo, las personas a menudo sufren estigma y discriminación, así como la violación de sus

---

<sup>694</sup> *Idem.*

<sup>695</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.14.

derechos a nivel individual, comunitario e institucional, simplemente debido a su edad. Un enfoque basado en los derechos para promover el envejecimiento saludable puede ayudar a superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores, y aclarar las obligaciones jurídicas de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos.

Este direito, apesar de consagrado no direito internacional, é violado frequentemente do ponto individual, comunitário e institucional, pois os idosos frequentemente sofrem estigma e discriminação.

Também se apresentou o enfoque da saúde nos direitos humanos, visto de uma forma ampla que abrangem fatores socioeconômicos para promoção de condições para se viver uma vida com saúde<sup>696</sup>.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos establece que el derecho a la salud “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”. Por lo tanto, se requiere un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para ayudar a crear las condiciones apropiadas que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible. En efecto, en virtud del derecho a la salud, los Estados están obligados a ofrecer, sin discriminación

---

<sup>696</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em  
08/02/2016. p.14.

de ningún tipo, centros de salud, bienes y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad.

Para acessibilidade das instalações, bens e serviços de saúde, necessita-se de quatro subdimensões: a não discriminação, a acessibilidade física, a econômica e a informação<sup>697</sup>.

La accesibilidad de las instalaciones, los bienes y los servicios de salud abarca cuatro subdimensiones: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (o la asequibilidad) y la accesibilidad de la información. Todas son particularmente pertinentes para las personas mayores, que a veces padecen el racionamiento de servicios por motivos de edad, algunas limitaciones físicas que hacen particularmente difícil el acceso, la inseguridad financiera debido a su edad y ciertos obstáculos para la información que van desde el analfabetismo hasta la imposibilidad de usar materiales en la web, una modalidad con la que tal vez no estén familiarizadas o a la que no tengan acceso.

O direito dos idosos à saúde reivindica o elemento da aceitabilidade dos serviços, bens e serviços de saúde<sup>698</sup>.

El derecho de las personas mayores a la salud también reivindica el elemento de la aceptabilidad de los servicios, bienes y servicios de salud, de acuerdo con las normas de la

---

<sup>697</sup> *Ibidem*, p.16.

<sup>698</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.16.

ética médica y el uso de enfoques culturalmente apropiados y con perspectiva de género.

Para o direito humano à saúde, destaca-se a importância das instalações, bens e serviços de boa qualidade<sup>699</sup>:

El derecho a la salud pone de relieve la importancia de las instalaciones, los bienes y los servicios de buena calidad. Cuando los servicios se reestructuran para satisfacer mejor las necesidades de las personas mayores, los sistemas deben velar por que estas mejoras se mantengan. Además, un enfoque basado en los derechos humanos exige que los Estados controlen el acceso de las personas mayores a los servicios de conformidad con estos criterios, lo que subraya una vez más la importancia de contar con datos sólidos y sistemáticos.

Quanto a real efetivação dos direitos humanos dos idosos, o informe apresentou que se requer integrar a ideia central do idoso participando ativamente e tomando as decisões sobre sua saúde e bem-estar, no mesmo conceito da saúde pública centrada na pessoa<sup>700</sup>.

Un enfoque basado en los derechos humanos requiere integrar la idea central de que las personas mayores participen activamente y tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar, un concepto que también es fundamental para el enfoque de salud pública centrado en la persona. Las políticas y los programas deben empoderar a las personas mayores para que contribuyan a

---

<sup>699</sup> *Idem.*

<sup>700</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.16.

la sociedad y sigan siendo miembros activos de sus comunidades durante el mayor tiempo posible, en función de su capacidad.

Um outro ponto abordado pelo informe foi que envelhecimento e saúde possibilitam o desenvolvimento sustentável, uma vez que as pessoas vivem mais e, portanto, envelhecem e o desenvolvimento terá que levar em conta a transição demográfica<sup>701</sup>.

La segunda razón clave para actuar en materia de envejecimiento y salud es fomentar el desarrollo sostenible. En la actualidad, la mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores. Si queremos construir sociedades cohesivas, pacíficas, equitativas y seguras, el desarrollo tendrá que tener en cuenta esta transición demográfica y las iniciativas tendrán que aprovechar la contribución que las personas mayores hacen al desarrollo y, al mismo tiempo, garantizar que no se las excluya.

Apresentou-se também que as estratégias adotadas pela saúde pública com relação aos idosos têm se mostrado claramente ineficazes<sup>702</sup>.

Las estrategias de salud pública que se han adoptado frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces. La salud de las personas mayores no acompaña el ritmo con el que aumenta la longevidad; las marcadas inequidades en salud

---

<sup>701</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016. p.17.

<sup>702</sup> *Ibidem*, p.20.

son evidentes en el estado de salud de las personas mayores; los sistemas de salud actuales no están adaptados a la atención que necesita la población de edad avanzada, incluso en los países de ingresos altos; los modelos de atención a largo plazo son a la vez inadecuados e insostenibles; y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos y carecen de incentivos para la salud y la participación.

Não poderíamos deixar de apresentar fatores que estão diretamente ligados à saúde física e mental. Um aspecto importante para a saúde em geral, destacado para a velhice no informe se relaciona à atividade física e a nutrição. A atividade física, além de prolongar a longevidade, vai ter um papel na promoção da saúde e na prevenção das doenças e incapacidades, seja do ponto de vista físico, como mental<sup>703</sup>.

La actividad física a lo largo de la vida tiene muchos beneficios, entre ellos aumentar la longevidad. Por ejemplo, un análisis combinado reciente de grandes estudios longitudinales reveló que las personas que dedican 150 minutos por semana a realizar actividad física de intensidad moderada presentaban una reducción del 31 % de la mortalidad en comparación con las que eran menos activas. El beneficio fue superior en los mayores de 60 años. La actividad física tiene muchos otros beneficios en la vejez. Entre otros, mejora la capacidad física y mental (por ejemplo, al preservar la fuerza muscular y la función cognitiva, reducir la ansiedad y la depresión y mejorar la autoestima); previene y reduce los riesgos de enfermedades (por ejemplo, el riesgo de cardiopatía coronaria, diabetes y accidente cerebrovascular); y mejora la respuesta social (por ejemplo, al

---

<sup>703</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 09/02/2016. p.74, 75.

facilitar una mayor participación en la comunidad y el mantenimiento de redes sociales y vínculos intergeneracionales).

A combinação dos fatores fisiológicos com as mudanças sociais que acontecem no envelhecimento, pode afetar de forma importante a nutrição, possibilitando o aparecimento de quadros importantes, tais como a desnutrição. A avaliação nutricional deve ser um componente importante para uma assistência de saúde em todo o ciclo biológico, onde se inclui a população idosa<sup>704</sup>.

El envejecimiento viene acompañado de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional. Las deficiencias sensoriales, tales como un menor sentido del gusto o del olfato, o ambos, en muchos casos disminuyen el apetito. La mala salud bucodental o los problemas dentales pueden producir dificultad para masticar, inflamación de las encías y una dieta monótona de baja calidad, factores que aumentan el riesgo de desnutrición. Asimismo, puede que se vea afectada la secreción de ácido gástrico, lo que reduce la absorción de hierro y vitamina B12. Y la pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad de las personas mayores para ir a comprar alimentos y preparar comidas. Junto con estos cambios fisiológicos, el envejecimiento también puede venir acompañado de profundos cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, lo que también puede tener efectos importantes en la dieta. Combinadas, estas tendencias aumentan el riesgo de desnutrición en la vejez, y a pesar de que las necesidades calóricas disminuyen con la edad,

---

<sup>704</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acceso em 09/02/2016. p.76.



la necesidad de la mayoría de los nutrientes se mantiene relativamente sin cambios. La desnutrición en la edad avanzada interactúa con los cambios fundamentales relacionados con la edad descritos anteriormente, lo que a menudo se manifiesta en reducción de la masa muscular y ósea y mayor riesgo de fragilidad. La desnutrición también se ha asociado con deterioro de la función cognitiva, deterioro de la capacidad para cuidar de uno mismo y mayor riesgo de dependencia de cuidados. Para hacer una evaluación nutricional exhaustiva de las personas mayores, se deben tomar medidas antropométricas y realizar análisis bioquímicos y evaluaciones nutricionales.

O informe concluiu que é necessária uma saúde pública integral sobre o envelhecimento, requerendo a transformação dos sistemas de saúde de modelos curativos centrados nas doenças para uma atenção integrada e centrada na pessoa do idoso<sup>705</sup>.

---

<sup>705</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponible em:<  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 09/02/2016. p.242, 243.

Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas suficientes para actuar ahora, y hay algo que cada país puede hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo. La respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención integrada y centrada en la personas mayores. Habrá que desarrollar, incluso a partir de cero, sistemas integrales de cuidados a largo plazo. Y se necesitará una respuesta coordinada entre muchos otros sectores y distintos niveles de gobierno. Para ello hará falta un cambio fundamental de nuestra concepción del envejecimiento, a fin de tener en cuenta la diversidad de las poblaciones de edad y combatir las inequidades que a menudo subyacen al envejecimiento. Además, se deberán incorporar mejores formas de medir y monitorear la salud y el funcionamiento de las poblaciones de edad.

---

## **CAPÍTULO 5. O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO E DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA PROPRIEDADE INTELECTUAL NO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

No capítulo 4 considerando a relevância de outras instituições internacionais quando se discute o direito humano à saúde, apresentaremos a Organização Mundial do Comércio (OMC) e da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI). Faremos uma revisão sobre sua constituição, desde sua criação, relatando suas atribuições e procedimentos.

Abordaremos na sequência, as publicações dos órgãos, que estejam relacionadas com o direito humano à saúde.

### **5.1 - Organização Mundial do Comércio**

#### **5.1.1. - Organização Mundial do Comércio – sua constituição e atribuições**

A Organização Mundial do Comércio (OMC) é uma organização internacional global apresentada com o objetivo de atuar nas regras do comércio entre as nações. Na sua essência os acordos da OMC são negociados e assinados pela maioria das nações comerciais do mundo e ratificados em seus parlamentos. O discurso oficial da mesma coloca que o objetivo da organização é ajudar os produtores de bens e serviços, exportadores e importadores a conduzir seus negócios<sup>706</sup>.

The World Trade Organization (WTO) is the only global international organization dealing with the rules of trade between nations. At its heart are the WTO agreements, negotiated and signed by the bulk of the world's trading nations

---

<sup>706</sup>What is the WTO? Disponível em:< [https://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/whatis\\_e.htm](https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/whatis_e.htm)>. Acesso em 27/05/2016.

and ratified in their parliaments. The goal is to help producers of goods and services, exporters, and importers conduct their business.

A Organização Mundial do Comércio (OMC) iniciou suas atividades em 1º de janeiro de 1995 e, desde então, tem atuado como a principal instância para administrar o sistema multilateral de comércio. A organização tem por objetivo estabelecer um marco institucional comum para regular as relações comerciais entre os diversos membros que a compõem, estabelecer um mecanismo de solução pacífica das controvérsias comerciais, tendo como base os acordos comerciais atualmente em vigor, e criar um ambiente que permita a negociação de novos acordos comerciais entre os membros. Atualmente, a OMC conta com 160 membros, sendo o Brasil um dos membros fundadores. A sede da OMC está localizada em Genebra (Suíça) e as três línguas oficiais da organização são o inglês, o francês e o espanhol<sup>707</sup>.

A OMC é executada pelos seus membros governamentais. Todas as principais decisões são tomadas pelos membros como um todo, quer por ministros (que normalmente se reúnem pelo menos uma vez a cada dois anos) ou por seus embaixadores ou delegados (que se reúnem regularmente em Genebra)<sup>708</sup>.

The WTO is run by its member governments. All major decisions are made by the membership as a whole, either by ministers (who usually meet at least once every two years) or by their ambassadors or delegates (who meet regularly in Geneva).

Dentro do contexto internacional, a OMC, criada em janeiro de 1995, é a coluna mestra do novo sistema internacional do comércio. A OMC engloba o GATT, o

---

<sup>707</sup>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. Disponível em:< <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/diplomacia-economica-comercial-e-financeira/132-organizacao-mundial-do-comercio-omc>>. Acesso em 27/05/2016.

<sup>708</sup>WHAT WE DO. Disponível em:<[https://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/what\\_we\\_do\\_e.htm](https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/what_we_do_e.htm)>. Acesso em 27/05/2016.

Acordo Geral de Tarifas e de Comércio, concluído em 1947; os resultados das sete negociações multilaterais de liberalização de comércio realizadas desde então, e todos os acordos negociados na Rodada Uruguai, concluída em 1994<sup>709</sup>.

Deiro & Mallmann (2002)<sup>710</sup> apresentam uma revisão histórica sobre os principais fatos que antecederam a criação da OMC:

No fim da Segunda Guerra Mundial, o estabelecimento de uma ordem político-econômica liberal foi considerado necessário pelas potências ocidentais com vistas a conter a ameaça que os totalitarismos representavam ao sistema. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) representou a base política da ordem internacional pós-Segunda Guerra. Os pilares econômicos dessa ordem - o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), conhecido como Banco Mundial - foram criados pelo Acordo de Bretton Woods, de 1944. Uma terceira instituição, dedicada ao estabelecimento de um sistema multilateral de comércio, seria a Organização Internacional do Comércio (OIC), a ser criada em 1947. As divergências entre dois grupos de países quanto à natureza do sistema de comércio, contudo, inviabilizaram a criação da OIC. Uma primeira abordagem, que interessava sobretudo aos Estados Unidos, defendia a eliminação de taxas de importação e o fim de sistemas preferenciais de comércio em um curto espaço de tempo. Por outro lado, os países europeus, recém atingidos pela guerra, não podiam fazer frente à concorrência norte-americana,

---

<sup>709</sup>THORSTENSEN, Vera. A OMC – Organização Mundial do Comércio e as negociações sobre comércio, meio ambiente e padrões sociais. *Rev. Bras. Polít. Int.* 41 (2): 29-58, 1998. p. 30.

<sup>710</sup>DEIRO, Daniel Girardi; MALLMANN, Maria Izabel. O GATT e a Organização Mundial do Comércio no cenário econômico internacional desde Bretton-Woods. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/ffch/neroi/artigodaniel.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.

e, em segundo lugar, desejavam manter seus sistemas preferenciais de comércio com suas colônias. A criação da Organização Internacional do Comércio chegou a ser estabelecida pela Carta de Havana, em 1947, mas o Congresso norte-americano recusou-se a ratificar a proposta. Em lugar da OIC, propôs-se então um acordo, o GATT, Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio, que contou inicialmente com apenas 23 países signatários, entre eles o Brasil. Quanto ao estabelecimento do GATT, cabe salientar que a criação de uma instituição verdadeiramente multilateral de comércio não interessava naquele momento aos Estados Unidos, por se constituir em uma barreira à sua supremacia econômica e comercial frente aos países europeus. Isto explica a própria criação de um *acordo* entre partes contratantes, em lugar de uma *organização* da qual os países se tornam membros. Sob o abrigo do GATT, realizaram-se 8 rodadas de negociações tarifárias: Genebra, Suíça (1947); Annecy, França (1949); Torkay, Reino Unido (1950-51); Genebra, 1956; “Dillon”, Genebra, (1960-62); “Kennedy”, Genebra (1964-67); Tóquio, Japão, (1974-79), e, finalmente, a Rodada Uruguai (Punta del Este, 1986-93), que estabeleceu a criação da Organização Mundial do Comércio.

Pela revisão apresentada, fica muito claro que a organização criada tem nos seus primórdios uma manutenção evidente dos interesses dos Estados hegemônicos.

Considerando a OMC ter a função de regular o comércio entre as nações, e obviamente, o mercado, faz-se necessária uma definição de mercado. Entende-se por mercado, o conjunto de todos os compradores, efetivos e potenciais de uma oferta. O tamanho do mercado depende do número de compradores que possa existir para uma determinada oferta<sup>711</sup>. Foucault em seu livro “Nascimento da Biopolítica” define

---

<sup>711</sup>KOTLER, Philip. *Administração de marketing: a edição do novo milênio*. São Paulo: Prentice Hall, 2000. p. 140, 141.

mercado como lugar de “verdade” dos preços, porque só aí que eles podem ser regulados. É nos mercados que todas as coisas a trocar se põe em evidência, onde se pode julgar a relação de abundância ou de escassez, determinando seu respectivo preço<sup>712</sup>.

A OMC tem basicamente quatro funções, segundo a GATT (1994)<sup>713</sup>: 1 – facilitar a implantação, a administração, a operação e os objetivos dos acordos da Rodada Uruguai, que incluem: setores diversos como agricultura, produtos industriais e serviços; regras de comércio como valoração, licenças, regras de origem, *antidumping*, subsídios e salvaguardas, barreiras técnicas, e empresas estatais; supervisão dos acordos regionais e sua compatibilidade com as regras do GATT; propriedade intelectual; e novos temas como meio ambiente, investimento e concorrência; 2 – constituir um foro para as negociações das relações comerciais entre os estados membros, com objetivo de criar ou modificar acordos multilaterais de comércio; 3 – administrar o Entendimento (*Understanding*) sobre Regras e Procedimentos relativos às Soluções de Controvérsias, isto é, administrar o “tribunal” da OMC; 4 – administrar o Mecanismo de Revisão de Políticas Comerciais (Trade Policy Review Mechanism) que realiza revisões periódicas das Políticas de Comércio Externo de todos os membros da OMC, acompanhando a evolução das políticas e apontando os temas que estão em desacordo com as regras negociadas.

A Organização Mundial do Comércio conservou os princípios, a estrutura jurídica e os acordos mais importantes do GATT, atualizados ou reformulados. No entanto, a ampliação do escopo de atribuições da futura OMC estava presente já na Rodada Uruguai, que deu status de Tribunal à Organização, com poderes para determinar sanções ou medidas de retaliação aos países membros. Também as políticas

---

<sup>712</sup> FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. Curso dado no College de France (1978-1979), Martins Fontes, 2008. p. 67.

<sup>713</sup> THORSTENSEN, Vera. A OMC – Organização Mundial do Comércio e as negociações sobre comércio, meio ambiente e padrões sociais. *Rev. Bras. Polít. Int.* 41 (2): 29-58, 1998. p. 30.

de comércio exterior dos membros ficaram submetidas ao crivo periódico da OMC, através de um *Mecanismo de Revisão de Políticas Comerciais*<sup>714</sup>.

Os objetivos da OMC/GATT, ao longo das cinco décadas da sua história, sempre enfatizaram a liberalização do comércio através do estabelecimento e aplicação de regras para a remoção de barreiras nas fronteiras. No entanto, tais objetivos vêm sendo questionados diante do novo contexto mundial. Atualmente, as políticas nacionais estão sendo cada vez mais influenciadas pelos acontecimentos internacionais, as empresas transnacionais estão desempenhando papel cada vez mais importante no comércio, e a estratégia da globalização está, agora, ditando as regras de investimento e de avanços tecnológicos<sup>715</sup>.

A própria estrutura da Organização concebe a inclusão de outros temas, produtos ou normas de comércio além da mera redução de tarifas para importação de mercadorias. A OMC divide-se em três Conselhos (Bens, Serviços e Propriedade Intelectual), desdobrados em diversos comitês de estudo e negociação. Os três Conselhos estão subordinados a um Conselho Geral, e este, por sua vez, à Conferência Ministerial, composta pelos chanceleres e ministros da área econômica de todos os países membros<sup>716</sup>.

### **5.1.2. - Organização Mundial do Comércio e direitos humanos**

A influência de instituições globais, como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e, sobretudo, a OMC através de medidas interventoras, do mercado

---

<sup>714</sup> DEIRO, Daniel Girardi; MALLMANN, Maria Izabel. O GATT e a Organização Mundial do Comércio no cenário econômico internacional desde Bretton-Woods. Disponível em:< <http://www.pucrs.br/ffch/neroi/artigodaniel.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.

<sup>715</sup> THORSTENSEN, Vera. A OMC – Organização Mundial do Comércio e as negociações sobre comércio, meio ambiente e padrões sociais. Rev. Bras. Polít. Int. 41 (2): 29-58, 1998. p. 31.

<sup>716</sup> DEIRO, Daniel Girardi; MALLMANN, Maria Izabel. O GATT e a Organização Mundial do Comércio no cenário econômico internacional desde Bretton-Woods. Disponível em:< <http://www.pucrs.br/ffch/neroi/artigodaniel.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.



impondo regras aos Estados é apresentada por Joaquín Herrera Flores no primeiro capítulo do livro “A (re)invenções dos direitos humanos”<sup>717</sup>:

Si hace cuatro décadas el Estado controlaba las consecuencias del mercado (polución, destrucción del patrimonio histórico-artístico...) aplicando medidas interventoras; en la actualidad, es el mercado el que está imponiendo las reglas a los Estados desde instituciones globales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y, sobre todo, la Organización Mundial del Comercio.

Há aparentemente uma longínqua distância entre o comércio internacional e direitos humanos. A OMC, principal foro de negociações econômicas e de resolução de controvérsias entre os atores do sistema multilateral de comércio, à primeira vista suscita desinteresse e críticas por parte dos defensores dos direitos humanos<sup>718</sup>. Se não por outra razão, porque pelos princípios que regem a instituição parece muito claro a defesa dos interesses das potências hegemônicas.

Em 1999, o "Pacto Global" lançado pelo então Secretário Geral da ONU Kofi Annan, chama a atenção da comunidade empresarial internacional para o apoio e respeito à proteção de valores fundamentais e direitos humanos em suas práticas empresariais. Recentemente, observou-se, portanto, uma mudança de posicionamento da ONU no que tange à interdependência entre as temáticas do comércio internacional e dos direitos humanos. A partir de 2001, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os direitos humanos publicou uma série de paradigmáticos relatórios, analisando as dimensões de direitos humanos nos principais Acordos da OMC. Em conjunto, os

---

<sup>717</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 19.

<sup>718</sup> TAIAR, Rogério; CAPUCIO, Camilla. A Organização Mundial Do Comércio e os direitos humanos: uma relação possível? R. Fac. Dir. Univ. SP, 105: 145 -164, 2010. p. 146.

documentos propõem uma abordagem do comércio internacional baseada nos direitos humanos<sup>719</sup>.

Nessa nova abordagem: (a) estabelece a promoção e proteção dos direitos humanos como objetivos precípuos do comércio; (b) examina o efeito da liberalização do comércio sob indivíduos e determina que as regras do comércio internacional levem em consideração o direito de todos os indivíduos, em especial aqueles indivíduos de grupos vulneráveis; (c) enfatiza o papel do Estado no processo de liberalização - não somente como negociadores das regras de comércio e emanadores de políticas comerciais, mas também como garantidores primários dos direitos humanos; (d) busca consistência entre a progressiva liberalização do comércio e a progressiva realização dos direitos humanos; (e) requer um exame constante do impacto da liberalização do comércio no gozo dos direitos humanos e (d) promove cooperação internacional para a realização dos direitos humanos e liberdades no contexto da liberalização do comércio<sup>720</sup>.

Ernst-Ulrich Petersmann, ex-Assessor Jurídico do GATT e da OMC explicita no denso conjunto de sua obra necessidade de incorporação de parâmetros de direitos humanos no entendimento do direito da OMC, mas também a necessidade de incorporação do direito ao livre comércio como um direito fundamental, objetivando o que ele denomina de "constitucionalização" da OMC. Pettersman acredita que o reconhecimento explícito pela OMC das obrigações de direitos humanos como "contexto jurídico" relevante para a interpretação e aplicação de suas regras, rompendo com a atitude de diplomatas e órgãos da OMC em evitar posicionamentos oficiais sobre a proposta de uma abordagem do comércio internacional baseada nos direitos humanos poderia aumentar a legitimidade e aceitação democrática da instituição. O autor apresenta diversas razões para a incorporação dos direitos humanos como contexto jurídico relevante para a OMC, classificando-as em razões jurídicas, políticas e econômicas<sup>721</sup>.

---

<sup>719</sup> TAIAR, Rogério; CAPUCIO, Camilla. A Organização Mundial Do Comércio e os direitos humanos: uma relação possível? R. Fac. Dir. Univ. SP, 105: 145 -164, 2010. p. 147.

<sup>720</sup> *Ibidem*, p. 148.

<sup>721</sup> *Ibidem*, p. 149-150.

Como principais dificuldades, entretanto, o autor destaca que as visões sobre o conteúdo dos direitos humanos diferem, e sua inclusão na pauta das negociações poderia gerar ainda maiores dificuldades na conclusão da Rodada de Doha. A questão mais problemática se coloca no temor dos Estados menos desenvolvidos de que o "discurso dos direitos humanos" se materialize em protecionismo dos Estados desenvolvidos para minar suas vantagens comparativas, motivo pelo qual insistem que questões como os direitos trabalhistas sejam deixados para a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Faz-se oportuno salientar a recomendação do Alto Comissariado das Nações Unidas, da "necessidade não somente de trazer uma perspectiva de direitos humanos para o comércio, mas também de uma perspectiva de comércio para os direitos humanos", e em busca de um mútuo entendimento<sup>722</sup>.

Estas colocações do autor partem provavelmente de uma concepção universalista de direitos de humanos, se bem que o mesmo acabe questionando as diferentes visões do tema, quando se considera direitos humanos como produtos culturais, como na teoria crítica de Herrera Flores.

Partindo da análise que se faz do conceito tradicional de direitos humanos, é que a teoria crítica tenta preservar o potencial de transformação que os direitos humanos possibilitam e, ao mesmo tempo, a não imobilização da luta social. Franz Hinkelammert, quando elabora sua crítica aos direitos humanos, deixa antever onde residiria a armadilha do conceito: sua transformação em um fim. Segundo ele, encarar os direitos humanos como fins implica em institucionalizá-los e uma vez feito isto, eles podem ser impostos e podem ser realizados por meios adequadamente calculáveis. Herrera Flores encara os direitos humanos como meios para alcançar a dignidade. Em outras palavras, para ele, "os direitos humanos seriam os resultados sempre provisórios das lutas sociais por dignidade". O jurista espanhol não os vê como produtos acabados, mas conquistas a serem efetivadas a cada dia e que dependem do envolvimento de todas e todos. Esta perspectiva reforça a importância que a teoria crítica de Herrera Flores dá

---

<sup>722</sup> TAIAR, Rogério; CAPUCIO, Camilla. A Organização Mundial Do Comércio e os direitos humanos: uma relação possível? R. Fac. Dir. Univ. SP, 105: 145 -164, 2010. p. 152.

à educação e aos processos culturais de formação. Na verdade, tão ou até mais importante que a positivação de direitos, é a luta por sua efetivação<sup>723</sup>.

Mesmo na OMC, em que a ampla participação dos países em desenvolvimento ajuda os membros economicamente mais fracos a negociar em conjunto e a resistir a pressões, os países em desenvolvimento têm dificuldade em fazer seus interesses serem levados em consideração. Em teoria, a OMC é democrática, pois os votos de todos os membros são iguais. Mas, na realidade, não é fácil a participação igualitária dos países em desenvolvimento. Um dos motivos é a falta de recursos. Muitos dos países mais pobres nem conseguem ter representantes na OMC, em Genebra. Outros contam apenas com um delegado em tempo parcial para cobrir toda a amplitude dos assuntos discutidos naquele organismo, além de pequeno corpo de funcionários dedicado à política comercial em suas próprias capitais. Em contraste, o Japão tem 23 delegados na OMC, em Genebra, e os Estados Unidos têm 14 – assim como grandes e bem-equipados gabinetes comerciais em Tóquio e em Washington, respectivamente<sup>724</sup>.

Soma-se ainda o fato dos países pobres com frequência serem obrigados a fazer concessões para poder negociar com os mais ricos. Assim, na prática, as novas normas comerciais pendem a favor dos ricos, e não refletem necessariamente os interesses de longo prazo dos países mais pobres e seus cidadãos. Mesmo defensores ferrenhos da OMC admitem que, no processo de criação desse organismo, os países em desenvolvimento assumiram uma quantidade substancial de obrigações a mais que os desenvolvidos. Na sequência, estes últimos manifestaram pouca vontade política ao tratar de questões caras aos países em desenvolvimento. Isso é exacerbado pelo fato de que o Secretariado da OMC, supostamente neutro, em geral age no sentido de apoiar o que os países industrializados querem, em detrimento dos demais<sup>725</sup>.

---

<sup>723</sup> BATISTA, Vanessa Oliveira; LOPES, Raphaela de Araújo Lima. Direitos humanos: o embate entre teoria tradicional e teoria crítica. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=0a743fa0de869f27>>. Acesso em 29/05/2016.

<sup>724</sup> DOMMEN, Caroline. Comércio e direitos humanos: rumo à coerência. SUR - REVISTA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. 2(3): 6-25, 2005. p. 10.

<sup>725</sup> *Ibidem*, p. 10-11.

As normas da OMC afetam os direitos humanos principalmente ao restringir a capacidade dos governos de regulamentar ou tomar outras medidas para promover o respeito a esses direitos em seus países. Na verdade, ao promover o “livre-comércio”, tanto os acordos da OMC quanto os bilaterais buscam afastar de uma vez quaisquer possíveis interferências de regulamentação no livre fluxo de bens e serviços, limitando assim a capacidade dos governos de adotar regras favoráveis ao desenvolvimento, à proteção ambiental e à defesa dos setores vulneráveis da sociedade<sup>726</sup>.

A estrutura dos direitos humanos pode fornecer um instrumento adicional de resistência às pressões para concordar com normas comerciais que reduziriam a flexibilidade e o espaço político que protegem o interesse público e os direitos humanos. Na verdade, os países em desenvolvimento poderiam, nas negociações comerciais, usar suas obrigações em direitos humanos como um escudo para poupá-los de se envolver em compromissos de liberalização comercial que reduziriam sua capacidade de proteger esses direitos. O Brasil fez isso a partir de 2001, apresentando uma série de resoluções sobre acesso a medicamentos à Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas. Essas resoluções fizeram parte de uma bem-sucedida estratégia global liderada pelo Brasil para obter o reconhecimento do acesso a medicamentos como um direito humano, e que apoiou os esforços dos países em desenvolvimento na OMC para garantir o reconhecimento de seu direito de produzir remédios genéricos de baixo custo e disponibilizá-los à população<sup>727</sup>.

A inclusão do TRIPS (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio) no contexto dos Acordos da OMC, deve ser entendida como estratégia dos países desenvolvidos para forçar a criação de leis com padrões mínimos de proteção à propriedade intelectual em países em desenvolvimento. Assim, tendo em vista a peculiaridade da regra do *single undertaking*, pela qual os membros da OMC não podem escolher os Acordos que desejam aderir, mas somente aceitar o conjunto completo dos Acordos para obter os benefícios como a regra da nação

---

<sup>726</sup>DOMMEN, Caroline. Comércio e direitos humanos: rumo à coerência. SUR - REVISTA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. 2(3): 6-25, 2005. p. 11.

<sup>727</sup>*Ibidem*, p. 24-25.

mais favorecida e o direito de acessar o sistema de solução de controvérsias, os Estados devem aceitar o TRIPS, e concordar em implementar padrões mínimos de proteção à propriedade intelectual em suas legislações domésticas<sup>728</sup>.

A proteção econômica de fórmulas químicas através de patentes resultou em diminuição do acesso a medicamentos pela população de Estados em desenvolvimento e violação ao direito à saúde desses indivíduos. Sobre a temática, e após grande pressão dos Estados em desenvolvimento e menos desenvolvidos, foi aprovada em 2001 a Declaração de Doha sobre o TRIPS e a Saúde Pública. Através da Declaração os membros reconhecem a gravidade de problemas de saúde pública que afetam os Estados em desenvolvimento e menos desenvolvidos, e concordam que o TRIPS deve ser interpretado e implementado de forma a apoiar o direito dos membros de proteger a saúde pública e promover o acesso a medicamentos, inclusive através de mecanismos de flexibilização do Acordo<sup>729</sup>.

As premissas neoliberais que compõem as regras, princípios e valores da OMC foram abordadas por Joaquín Herrera Flores<sup>730</sup>:

Desde principios de los años setenta, estamos asistiendo a la consolidación de un nuevo orden global que se basa en la reestructuración del sistema propuesto por John M. Keynes en Bretton Woods. En esta estructuración del mundo el objetivo básico no residía en una transformación de las relaciones sociales y económicas en su totalidad, sino en el fin más concreto de evitar en la medida de lo posible el abismo económico entre ricos y pobres en el marco de un Estado Nación interventor en la economía y en el ámbito de unas relaciones internacionales más equilibradas que las que existieron durante

---

<sup>728</sup> TAIAR, Rogério; CAPUCIO, Camilla. A Organização Mundial Do Comércio e os direitos humanos: uma relação possível? R. Fac. Dir. Univ. SP v. 105 p. 145 -164, 2010. p. 157.

<sup>729</sup> TAIAR, Rogério; CAPUCIO, Camilla. A Organização Mundial Do Comércio e os direitos humanos: uma relação possível? R. Fac. Dir. Univ. SP v. 105 p. 145 -164, 2010. p. 157-158.

<sup>730</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005. p. 61.

los siglos XIX y primera mitad del XX. Hoy en día, Bretton Woods ha sido reformulado y sus instituciones básicas como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial han quedado sometidas a las premisas neo-liberales del bosque de reglas, principios y valores que componen lo que se denomina la Organización Mundial del Comercio (la famosa OMC) que está impidiendo, entre otras muchas cosas, que los Estados nacionales puedan sacar del mercado algunos servicios esenciales para la comunidad, como, por ejemplo, el agua potable o los recursos energéticos. Desde la implantación efectiva de la OMC en 1994, cualquier empresa pueda apropiarse de tales servicios y sacar tajada de lo que deben ser bienes comunes a todas y a todos los que habitan las ciudades y regiones del planeta.

A OMC é, ao mesmo tempo, uma causa e uma consequência da chamada globalização. *Causa*, porque a OMC ordena o comércio mundialmente, tornando possível a globalização das trocas comerciais. *Consequência*, porque a globalização das trocas comerciais exigiu a criação de uma instância que as organizasse<sup>731</sup>.

A globalização econômica é caracterizada pela busca constante e incansável por eficiência. Nesta busca somente um terço da humanidade vem sendo privilegiada em detrimento dos outros dois terços e, conseqüentemente, ruindo cada uma das gerações de direitos humanos. O processo de globalização gerou inegavelmente um aumento dos marginalizados, tornou o trabalho não-especializado descartável, gerou o desemprego estrutural, barateou desumanamente a mão-de-obra (recrutada fora do espaço nacional ou na absorção problemática de imigrantes), desmontou a seguridade social nos países ricos, criou uma dependência sufocante do capital volátil nos países pobres, além de ter operado uma transferência das competências estatais para o âmbito privado. Neste contexto pode-se observar claramente o abandono da segunda geração de direitos

---

<sup>731</sup>PEREIRA, Alexandre Dias. A globalização, a OMC e o comércio eletrônico. Revista Sequência, 45: 173-195, 2002. p. 176.

humanos, isto é, dos direitos econômicos e sociais. O processo de desestruturação dos direitos humanos não vem se restringindo apenas aos direitos de segunda geração, mas também atinge os de primeira. Vê-se cada vez mais a figura do “pobre” ser responsabilizada pela própria pobreza e, assim, relacionada sempre a aspectos negativos, tais como superpopulação, epidemias, destruição ambiental, vícios, tráfico de drogas, exploração do trabalho infantil, fanatismo, terrorismo, violência urbana e criminalidade. Além disso, assiste-se ao longo da década de noventa, tal como hoje, a um aumento preocupante no nível de intolerância em todas as sociedades do globo e, com isso, a uma discriminação explícita contra os “diferentes” nacionais e contra os imigrantes. Daí pode-se deduzir que os direitos civis, antiga conquista, vêm sendo anulados<sup>732</sup>.

Sobre esta nova fase de globalização assim discorre Herrera Flores<sup>733</sup>:

La nueva fase de la globalización, la denominada “neoliberal”, puede caracterizarse en términos generales bajo cuatro características articuladas : a) la proliferación de centros de poder (el poder político nacional se ve obligado a compartir “soberanía” con corporaciones privadas y organismos globales multilaterales), b) la inextricable red de interconexiones financieras (que hacen depender las políticas públicas y la “constitución económica” nacional de fluctuaciones económicas imprevisibles para el “tiempo” con el que juega la praxis democrática en los Estados Nación), c) la dependencia de una información que vuela en tiempo real y es “cazada” por las grandes corporaciones privadas con mucha mayor facilidad que

---

<sup>732</sup> HERNANDEZ, Matheus de Carvalho. A relação entre direitos humanos e globalização: uma breve análise. Disponível em: <<http://www.anpuhsp.org.br/sp/downloads/CD%20XIX/PDF/Autores%20e%20Artigos/Matheus%20de%20Carvalho%20Hernandez.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.

<sup>733</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. Los Derechos Humanos en el Contexto de la Globalización: Tres Precisiones Conceptuales. In: SÁNCHEZ RÚBIO, David; HERRERA FLORES, Joaquín; CARVALHO, Salo. Direitos Humanos e Globalização. Fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica. 2. Ed. PUCRS, Porto Alegre. p. 103-104.



por las estructuras institucionales de los Estados de Derecho), y d) el ataque frontal a los derechos sociales y laborales (que está provocando que la pobreza y la tiranía se conviertan en “ventajas comparativas” para atraer inversiones y capitales).

Devemos perceber o fenômeno globalização como não restrito às estratégias do capitalismo financeiro, mas, desde a perspectiva de que, *não é um estado e sim um processo radicalmente incerto e ambivalente* que se projeta por sobre os mais variados aspectos da vida e que, ao mesmo tempo em que rompe com os lugares tradicionais da economia, da política, das relações e práticas sociais, implica uma imbricação entre os diversos lugares em que tais ocorrem, multiplicando<sup>734</sup>.

Um exame do desenvolvimento das relações internacionais de comércio desde da última metade do século XX que, se a OMC se configurou num avanço institucional em relação ao GATT, os princípios que norteiam sua atuação continuam a alimentar desigualdades entre países ricos e pobres, como já ocorria com o GATT. Ressalte-se que a ampliação de poderes e atribuições representada pela OMC, na esteira do processo de expansão do capitalismo, contribui para a própria redefinição do papel dos Estados na regulação das economias nacionais frente a um cenário internacional marcado pela crescente complexificação<sup>735</sup>.

As mudanças e o desenvolvimento no modo de viver, produzir, consumir e relacionar-se, de indivíduos, grupos e classes podem perfeitamente determinar anseios, desejos e interesses que transcendem os limites e as possibilidades do sistema globalizado, propiciando situações de necessidade, carência e exclusão. Uma projeção para espaços periféricos demonstra que as reivindicações e as demandas, legitimadas

---

<sup>734</sup> MORAIS, José Luis Bolzan. Direitos Humanos, Estado e Globalização. In: SÁNCHEZ RÚBIO, David; HERRERA FLORES, Joaquín; CARVALHO, Salo. Direitos Humanos e Globalização. Fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica. 2. Ed. PUCRS, Porto Alegre, 2010. p. 134.

<sup>735</sup> DEIRO, Daniel Girardi; MALLMANN, Maria Izabel. O GATT e a Organização Mundial do Comércio no cenário econômico internacional desde Bretton-Woods. Disponível em:< <http://www.pucrs.br/ffch/neroi/artigodaniel.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.

por sujeitos sociais emergentes, incidem, prioritariamente, em direitos à vida, ou seja, direitos básicos de existência e de vivência com dignidade<sup>736</sup>.

Comércio e desenvolvimento econômico, especialmente nas últimas décadas, distanciam-se cada vez com mais intensidade do que pode ser considerado desenvolvimento humano. O aumento das reivindicações que conclamam um *direito ao desenvolvimento* pode ser interpretado como reflexo da progressiva precarização de direitos e de condições de vida em todo o planeta<sup>737</sup>.

Elementos *alienígenas*, como emprego, habitação, meio-ambiente, saúde, não são discutidos nos *painéis* da OMC<sup>738</sup>.

## 5.2 - Organização Mundial da Propriedade Intelectual

Nesta parte do capítulo discorreremos sobre propriedade intelectual, organização mundial da propriedade intelectual, suas relações com os direitos humanos, mais especificamente com o direito humano à saúde.

### 5.2.1 - Propriedade intelectual

A definição de propriedade intelectual mostra uma complexidade mesmo nos dias atuais por ainda se levar em conta uma abstração em relação à concretude da propriedade material. Bem discute essa amplitude e contradição definicional Carol Proner<sup>739</sup>, no livro de sua autoria, “Propriedade Intelectual e Direitos Humanos”:

---

<sup>736</sup>WOLKMER, Antonio Carlos. Novos Pressupostos para a Temática dos Direitos Humanos. In: SÁNCHEZ RÚBIO, David; HERRERA FLORES, Joaquín; CARVALHO, Salo. Direitos Humanos e Globalização. Fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica. 2. Ed. PUCRS, Porto Alegre. p. 24-25.

<sup>737</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 345.

<sup>738</sup> *Ibidem*, p. 348.

<sup>739</sup> *Ibidem*, p. 20.

A propriedade intelectual e a propriedade tradicional de bens experimentam semelhante trajetória jurídica, tendo surgido com a mesma definição política de direitos em sociedade. No entanto, a primeira por ser *invisível*, resistiu muito antes de sucumbir e se projetar como elemento essencial na divisão de direitos e de valores da sociedade moderna. Passou por fases de pouco ou de nenhum reconhecimento até de se destacar, nos dias de hoje, como fator essencial para o desenvolvimento da economia capitalista internacional.

A origem comum da propriedade intelectual e tradicional faz surgir em ambas mesmas contradições de fundamento. Toda crítica derramada sobre a propriedade individual atinge plenamente a propriedade individual das ideias, do saber, da criatividade. É consenso entre os autores que as defendem ou que as criticam a ideia de que a diferença mais relevante reside no objeto visível de uma e invisível de outra. No entanto, a transformação das ideias (do *invisível*) em bens disponíveis (*visíveis*, tocáveis, passíveis de apropriação pecuniária), elimina o tratamento diferenciado, em especial com relação aos resultados<sup>740</sup>. A autora se utiliza do próprio axioma da teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores (*visibilizar, desestabilizar, transformar*) para traduzir tão complexa definição quando coloca uma como *invisível* e a outra *visível*, ou seja, para considerarmos o conceito de propriedade intelectual, primeiramente teremos que visibilizá-lo.

Sherwood<sup>741</sup> (1992) define Propriedade Intelectual como:

---

<sup>740</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 20, 21.

<sup>741</sup> SHERWOOD, Robert M. Propriedade Intelectual e desenvolvimento econômico. São Paulo: Editora Edusp, 1992.

Os “bens intelectuais” e os “produtos da mente” formam o conceito de propriedade intelectual que, abrange a ideia de proteção pública para ideias, invenções e expressão criativa provenientes na maioria dos casos da atividade privada.

Revedo historicamente o surgimento do conceito, reportamos à Revolução Industrial, quando surge o direito de Propriedade Industrial, componente do direito de propriedade intelectual, permitindo que as indústrias controlassem, tanto sua produção pela introdução de patentes, quanto suas invenções através do sistema de marcas. Naquela época, cada país era autônomo em legislação e por isso uma invenção de um determinado país poderia ser implementada e utilizada por outro sem que isso representasse algum tipo de infração<sup>742,743</sup>.

Com a necessidade de firmar acordos para solucionar esses problemas, construiu-se um sistema internacional de direitos à propriedade industrial que ocorreu em 1883 em Paris, a Convenção da União de Paris – CUP, contando com 11 estados, incluindo o Brasil. Em 1886 foi assinada a Convenção da União de Berna – CUB que trata dos direitos do autor e referentes à proteção de obras artísticas e literárias. Em 1893, a CUP e a CUB fundiram seus escritórios para criar o Escritório Unificado Internacional para a Proteção da Propriedade Intelectual (BIRPI). Em 1970, o BIRPI

---

<sup>742</sup>BERMUDEZ, J.; EPSZTENJ, R. OLIVEIRA M.A. HANSEN, C. Acordo trips da OMC e proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: escola nacional de saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

<sup>743</sup>CHANG H.J. Chutando a escada, estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

deu origem à Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI), sediada em Genebra, Suíça<sup>744</sup>:

The World Intellectual Property Organization (WIPO) is one of the specialized agencies of the United Nations (UN) system of organizations. The “Convention Establishing the World Intellectual Property Organization” was signed at Stockholm in 1967 and entered into force in 1970. However, the origins of WIPO go back to 1883 and 1886, with the adoption of the Paris Convention and the Berne Convention respectively. Both of these conventions provided for the establishment of international secretariats, and both were placed under the supervision of the Swiss Federal Government. The few officials who were needed to carry out the administration of the two conventions were located in Berne, Switzerland. Initially there were two secretariats (one for industrial property, one for copyright) for the administration of the two conventions, but in 1893 the two secretariats united. The most recent name of the organization, before it became WIPO, was BIRPI, the acronym of the French-language version of the name: United International Bureaux for the Protection of Intellectual Property (in English). In 1960, BIRPI moved from Berne to Geneva. At the 1967 diplomatic conference in Stockholm, when WIPO was established, the administrative and final clauses of all the then existing multilateral treaties administered by BIRPI were revised. They had to be revised because member States wished to assume the position of full governing body of the Organization (WIPO), thus removing the supervisory authority of the Swiss

---

<sup>744</sup>WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION THE BEGGINING. Geneva: World intellectual property organization, 2003. Disponível em:< <http://www.wipo.int/export/sites/www/about-ip/en/iprm/pdf/ch1.pdf>>. Acesso em 05/06/2016. p. 4.

Government, to give WIPO the same status as all the other comparable intergovernmental organizations and to pave the way for it to become a specialized agency of the United Nations system of organizations.

Na sequência, uma nova fase econômica mundial denominada globalização, cujos bens comercializáveis incluem não apenas mercadorias, mas também serviços, investimentos, tecnologias e conhecimentos, geraram interesses das indústrias - norte americanas (detentoras do maior polo industrial da época em computadores, softwares, microeletrônicas, produtos químicos, produtos farmacêuticos e biotecnologia). Desse modo, os Estados Unidos pleitearam a inclusão do tema de propriedade intelectual, serviços e investimentos na Rodada Uruguai<sup>745</sup>; com início em 1986, em Punta del Este, e encerramento em Marrakesh, Marrocos. Em abril de 1994, essa Rodada culminou com a criação da OMC e a OMPI, e a assinatura de diversos acordos multilaterais, dentre eles o Acordo TRIPS<sup>746</sup>.

O Acordo TRIPS apresenta duas características importantes: primeiro, estabelece regras sobre os direitos de propriedade intelectual, que são mais rígidas do que aquelas vigentes na ocasião nos países desenvolvidos; segundo, não reconhece a liberdade de cada país membro de adotar um arcabouço legislativo que favoreça o seu desenvolvimento tecnológico. Além disso, diferentemente da CUP, a OMC passa a dispor de mecanismos para penalizar seus membros que não cumprirem as regras estabelecidas nos acordos<sup>747</sup>.

---

<sup>745</sup> TACHINARDI, M.H. A Guerra das patentes. Rio de Janeiro: Editora paz e terra; 1993.

<sup>746</sup> CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; HASENCLEVER, Lia; MELO, Luiz Martins. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31/05/2015. p. 259.

<sup>747</sup> *Ibidem*, p. 259-60.

A Convenção da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) definiu como propriedade intelectual, a soma dos direitos relativos às obras literárias, artísticas e científicas, às interpretações dos artistas intérpretes e às execuções de radiofusão, às invenções em todos os domínios da atividade humana, às descobertas científicas, aos desenhos e modelos industriais, às marcas industriais, comerciais e de serviço, bem como às firmas comerciais e denominações comerciais, à proteção contra a concorrência desleal e todos os outros direitos inerentes à atividade intelectual nos domínios industrial, científico, literário e artístico<sup>748</sup>.

Para Barreto<sup>749</sup> (2011) a globalização da economia das últimas décadas e o progresso tecnológico provocou o surgimento de novos métodos de estudo, de técnicas de criação e, desde então, as ideias e os conhecimentos constituem uma parte cada vez mais importante do comércio internacional.

Sendo assim, para a OMPI, a propriedade intelectual, de forma muito ampla, significa os direitos legais que resultam de atividade intelectual nos domínios industrial, científico, literário e artístico. Os países têm leis para proteger propriedade intelectual por duas razões principais. Um deles é para dar expressão legal à moral e direitos econômicos dos criadores em suas criações e os direitos do público no acesso a criações. O segundo é o de promover, como um ato deliberado da política do Governo, a criatividade e a disseminação e aplicação dos seus resultados e incentivar o comércio justo o que contribuiria para desenvolvimento econômico e social<sup>750</sup>.

---

<sup>748</sup>MANUAL DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - ABIMAQ/IPD-Maq 3. Núcleo de Apoio ao Patenteamento. Disponível em:< <http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/IPDMAQ/10%20Propried%20Ind,%20Manual%20-%20IPDMAQ.pdf> >. Acesso em 23/3/2013. p. 3.

<sup>749</sup>BARRETO, Ana Cristina Costa. Direito à saúde e patentes farmacêuticas. Aurora, 7: 1-11, 2011. p. 2.

<sup>750</sup> WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION THE BEGGINING. Geneva: World intellectual property organization, 2003. Disponível em:< <http://www.wipo.int/export/sites/www/about-ip/en/iprm/pdf/ch1.pdf> >. Acesso em 05/06/2016. p. 3.

Intellectual property, very broadly, means the legal rights which result from intellectual activity in the industrial, scientific, literary and artistic fields. Countries have laws to protect intellectual property for two main reasons. One is to give statutory expression to the moral and economic rights of creators in their creations and the rights of the public in access to those creations. The second is to promote, as a deliberate act of Government policy, creativity and the dissemination and application of its results and to encourage fair trading which would contribute to economic and social development.

A propriedade intelectual industrial – patentes de invenção – ganhou destaque como tema de comércio internacional nas últimas rodadas de negociação no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Procurando seguir a orientação multilateral e o esforço de cooperação para liberalização do comércio, os Estados-Membros passaram a adotar equivalente orientação legislativa para as normas nacionais tendo como objetivo garantir maior proteção jurídica à propriedade intelectual, incluindo as mais diversas áreas do conhecimento<sup>751</sup>.

A Propriedade Intelectual é um tema de crescente importância para a economia do País e um canal de inserção na comunidade internacional. Juntamente com as patentes, é um instrumento essencial na difusão do conhecimento e na transformação do mesmo em benefícios sociais, influenciando também na cooperação universidade-empresa, beneficiando ambas as partes e favorecendo o avanço tecnológico<sup>752</sup>.

---

<sup>751</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual: para uma ordem jurídica possível. São Paulo: Cortez, 2007. p. 2.

<sup>752</sup> MANUAL DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - ABIMAQ/IPD-Maq 3. Núcleo de Apoio ao Patenteamento. Disponível em: <  
<http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/IPDMAQ/10%20Propried%20Ind,%20Manual%20-%20IPDMAQ.pdf>>. Acesso em 05/06/2016. p. 3.



Propriedade Intelectual inclui obras literárias, artísticas e científicas; interpretação de artistas intérpretes, fonogramas e emissões de radiofusão; invenções em todos os campos de atividade humana; descobertas científicas; desenhos industriais; marcas de comércio, de serviços e nomes comerciais; proteção contra a concorrência desleal; e, demais direitos nos terrenos industrial, científico, literário e artístico<sup>753</sup>. Portanto, a produção intelectual para geração de recurso humanos e intelectuais diretamente envolvidas com saúde, e por consequência, o direito humano à saúde, está entrelaçada com a propriedade intelectual.

Propriedade Intelectual divide-se em dois campos: direitos de autor e propriedade industrial. Direitos de autor faz parte do Direito Civil, e sua proteção não depende de formalidades de registro, de pagamentos de taxas; sua duração é longa, independentemente de exploração da obra. Já Propriedade Industrial (direitos sobre as criações industriais) faz parte do Direito Comercial, e sua proteção depende da concessão de um título pelo Estado (patente); estão sujeitos a pagamentos de taxas, o prazo de proteção é menor e a lei estabelece sanções para a não exploração<sup>754</sup>.

Com relação aos direitos humanos, por ser *invisível* ou menos *visível*, o direito à propriedade decorrente do intelecto levou mais tempo até se consolidar como “legítimo direito fundamental”. As diversas teorias em favor de um direito de autor/inventor – teoria do monopólio, do privilégio, do direito público ou ressarcimento – serviam para consolidar a ideia de que o autor/inventor do conhecimento útil à sociedade deveria ser individualmente beneficiado. No entanto, a argumentação quanto à legitimidade do direito sofreria modificações em cada novo período histórico, abandonando progressivamente a relação clássica da retribuição social pelo esforço inventivo. Novas relações seriam estabelecidas, tendo como base o funcionamento da cadeia produtiva e

---

<sup>753</sup>MANUAL DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - ABIMAQ/IPD-Maq 3. Núcleo de Apoio ao Patenteamento. Disponível em:<  
<http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/IPDMAQ/10%20Propried%20Ind,%20Manual%20-%20IPDMAQ.pdf>>. Acesso em 05/6/2016. p. 3.

<sup>754</sup> *Ibidem*, p. 4.

o surgimento de novos bens e novos serviços tecnológicos. As inovações tecnológicas conduziram a novos hábitos de consumo e de produção<sup>755</sup>.

Não podemos então, deixar de abordar na complexidade de propriedade intelectual, o direito de autor e o direito industrial, sendo que os mesmos possuem mesma data e contexto de nascimento, mas a regulamentação internacional preferiu conferir tratamento distinto aos institutos já no momento unionista. Com a OMPI, todas as manifestações de propriedade intelectual foram reunidas sob a mesma legislação, contribuindo para a ideia de um único estatuto também no TRIPs<sup>756</sup>.

Tratar os institutos juntos ou separados implica uma série de efeitos. A complexidade conceitual e abrangência na definição de propriedade intelectual estende-se às diversas *denominações* empregadas<sup>757</sup>.

Para além da esfera argumentativa, inúmeras expressões procuraram uniformizar os significados. Utiliza-se, como sinônimo de *direito de autor*, também direito autoral, direito imaterial, direito de criação, direito individual, direito moral, direito de propriedade artística, científica e literária, direito de propriedade espiritual<sup>758</sup>.

Com relação aos direitos de propriedade intelectual industrial, utilizam-se as expressões: direito de monopólio, direito industrial, direito de invenção, direito de patentes, direito de marcas, direito de produção imaterial, direito à exclusiva, direito imaterial industrial, além de nomenclaturas relativas aos direitos conexos<sup>759</sup>.

Mesmo com definições e nomenclaturas diversas, perante o direito internacional atual a expressão “propriedade intelectual” abrange tanto as categorias de direito de

---

<sup>755</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 21.

<sup>756</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 196.

<sup>757</sup> *Idem*.

<sup>758</sup> *Ibidem*, p. 197.

<sup>759</sup> *Idem*.

autor como de industrial. Essa união aconteceu com o Estatuto da OMPI, em 1967, e permaneceu no atual acordo OMC/TRIPs, preponderando a ideia *monista* de aglutinar todas as categorias na mesma classe de direitos<sup>760</sup>.

A concepção unitária ou *monista* cumpriu uma urgência econômica e encontrou no direito suficientes argumentos para igualar ao direito fundamental individual do autor da obra também um direito empresaria industrial que, na maioria dos casos, já não guarda vinculação fática com o inventor. Assim ambos passam a ser defendidos como *direitos individuais fundamentais*<sup>761</sup>.

Proner não acompanha esse pensamento. Para encontrar filosofia comum aos dois institutos, seria preciso admitir que comungam do mesmo fundamento de legitimidade, dos mesmos propósitos. Não parece acertada a posição que identifica mesma natureza jurídica aos dois institutos<sup>762</sup>. A união dos distintos institutos representa mais um sinal do abandono da busca por fundamentos de legitimidade<sup>763</sup>.

### 5.2.2 - Organização Mundial da Propriedade Intelectual

A Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) é uma das 16 agências especializadas da ONU, criada em 1967, com sede em Genebra<sup>764</sup>. A agência se dedica à constante atualização e proposição de padrões internacionais de proteção às criações intelectuais em âmbito mundial. Os exemplos mais marcantes desta atuação são o Tratado de Cooperação em Matéria de Patentes (PCT); o apoio ao Convênio

---

<sup>760</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 197

<sup>761</sup> *Ibidem*, p. 199.

<sup>762</sup> *Idem*.

<sup>763</sup> *Ibidem*, p. 202.

<sup>764</sup> MANUAL DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - ABIMAQ/IPD-Maq 3. Núcleo de Apoio ao Patenteamento. Disponível em: <<http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/IPDMAQ/10%20Propried%20Ind,%20Manual%20-%20IPDMAQ.pdf>>. Acesso em 05/6/2016. p. 9.

Internacional para a Proteção de Obtenções Vegetais (UPOV); o Protocolo de Madrid, para o registro internacional de marcas; e as negociações relativas à harmonização no campo de patentes e marcas e direito de autor<sup>765</sup>.

O discurso da missão da OMPI, segundo boletim da Instituição, é promover através da cooperação internacional a criação, difusão, utilização e proteção das obras da mente humana para o progresso econômico, cultural e social de toda a humanidade. Seu efeito é contribuir para um equilíbrio entre o estímulo da criatividade em todo o mundo, protegendo suficientemente os interesses morais e materiais de criadores, por um lado, e fornecendo acesso aos benefícios socioeconômicos e culturais de tanta criatividade em todo o mundo, do outro<sup>766</sup>.

The mission of WIPO is to promote through international cooperation the creation, dissemination, use and protection of works of the human mind for the economic, cultural and social progress of all mankind. Its effect is to contribute to a balance between the stimulation of creativity worldwide, by sufficiently protecting the moral and material interests of creators on the one hand, and providing access to the socio-economic and cultural benefits of such creativity worldwide on the other.

Para a organização, o papel da OMPI no cenário internacional mudou muito desde o seu início, quando foi criada para servir como secretariado dos tratados celebrados entre Estados. Embora a OMPI tenha mantido esta função, atualmente

---

<sup>765</sup>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA PROPRIEDADE INTELECTUAL. Disponível em:< <http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/ompi/> >. Acesso em 01/02/2014.

<sup>766</sup>WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION THE BEGGINING. Geneva: World intellectual property organization, 2003. Disponível em:< <http://www.wipo.int/export/sites/www/about-ip/en/iprm/pdf/ch1.pdf>>. Acesso em 05/06/2016. p. 5.

administrando 23 desses tratados, juntamente promove a cooperação intergovernamental na administração da propriedade intelectual. Suas atividades não só ampliaram, mas também diversificaram<sup>767</sup>.

WIPO's place on the international scene has greatly changed since its beginnings, when it was created to serve as the secretariat of treaties concluded between States. Although WIPO has maintained this function (it currently administers 23 such treaties), together with the consequential one of promoting intergovernmental cooperation in the administration of intellectual property, its activities have not only expanded, but also greatly diversified.

Assim, em um contexto de busca por mecanismos que tornassem as normas internacionais de propriedade intelectual obrigatórias e exigíveis é que na 8ª rodada de negociações do GATT/47 (denominada Rodada do Uruguai), surgiu a OMC, implementada em 1995. O objetivo era ampliar as regras de comércio internacional existentes, bem como servir de foro para negociações de novas regras e discussão de políticas comerciais adotadas pelos países membros. A OMC surge, portanto, como um mecanismo de homogeneização de valores – unicamente patrimonialistas, diga-se de passagem – relacionados ao comércio internacional<sup>768</sup>.

A estrutura da OMPI apresenta assembleia e conferências. A Assembleia Geral é constituída por todos os Estados que são membros da OMPI e também quaisquer membros de uma das Uniões. Ao contrário da Assembleia Geral, a Conferência é composta por todos os Estados que são membros da OMPI, ou não são membros de uma das Uniões. As principais funções da Conferência foram originalmente divididas em cinco grupos. Em primeiro lugar, o objetivo da Conferência foi o de constituir um fórum para o intercâmbio de pontos de vista entre todos os

---

<sup>767</sup> *Idem.*

<sup>768</sup> PEREIRA, Larissa Alcântara. Direitos Fundamentais Mitigados: Em busca de um novo direito de autor. (Dissertação). Curitiba: Faculdades Integradas do Brasil - UNIBRASIL, 2010. p. 56.

Estados membros da OMPI sobre questões relativas à propriedade intelectual e, nesse contexto, foi habilitada, em particular, para fazer quaisquer recomendações sobre essas questões, tendo em conta a competência e autonomia das Uniões. Em segundo lugar, a Conferência deve estabelecer o programa de cooperação para o desenvolvimento bienal para os países em desenvolvimento e, em terceiro lugar, adotar um orçamento para essa finalidade. Em quarto lugar, a Conferência também é competente para adotar alterações à Convenção que estabelece a OMPI. As propostas de alteração da Convenção podem ser iniciadas por qualquer Estado membro da OMPI, pelo Comité de Coordenação ou pelo Diretor-Geral. Em quinto lugar, a Conferência, como a Assembleia Geral, determinando quais os Estados e organizações serão admitidos às suas reuniões na qualidade de observadores<sup>769</sup>.

The General Assembly consists of all the States that are members of WIPO and also members of any of the Unions. Unlike the General Assembly, the Conference consists of all the States which are members of WIPO, whether or not they are members of any of the Unions. The main functions of the Conference were originally divided into five groups. First, the Conference was to constitute a forum for exchanges of views between all States members of WIPO on matters relating to intellectual property, and in that context it was empowered, in particular, to make any recommendations on such matters, having regard to the competence and autonomy of the Unions. Secondly, the Conference was to establish the biennial development cooperation program for developing countries and, thirdly, it was to adopt a budget for that purpose. Fourthly, the Conference is also competent to adopt amendments to the Convention establishing WIPO. Proposals for the amendment of the Convention may be initiated by any State member of WIPO,

---

<sup>769</sup>WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION THE BEGGINING. Geneva: World intellectual property organization, 2003. Disponível em:< <http://www.wipo.int/export/sites/www/about-ip/en/iprm/pdf/ch1.pdf>>. Acesso em 05/06/2016. p. 7.

by the Coordination Committee or by the Director General. Fifthly, the Conference, like the General Assembly, was to determine which States and organizations would be admitted to its meetings as observers.

### 5.2.3 – OMPI e Direito humano à saúde

Quando observamos a relação entre OMPI e direito humano à saúde, parece-nos clara a relação estabelecida, verificando-se o acesso a medicamentos, pois estes, quando bem indicados, podem ser uma possibilidade de se restabelecer a saúde, prologar a vida ou evitar a morte.

Devemos lembrar que para que o direito humano à saúde seja contemplado, os princípios do cuidar devem ser contemplados conjuntamente. Nestes princípios teríamos a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento das mesmas. No tratamento, os medicamentos podem ser necessários dependendo do tipo de doença presente.

Proner, em estudo sobre o tema, teve a proposta de analisar as patentes de medicamentos. Para a autora a expressão medicamento, seu significantes e significados guardam estrita ligação com o estado de saúde humana, normalidade física, psíquica e orgânica do ser humano. O termo medicamento vincula a parte constitutiva da saúde humana, possibilitando ou não a existência humana em caso de doença grave<sup>770</sup>.

Suas formas de existência e disponibilidade na sociedade – criação, descoberta, pesquisa, fabricação, modificação, distribuição, venda, extinção – não deveriam ser regulamentadas da mesma forma como se regulamentam outros produtos. O medicamento difere de uma mercadoria ou de um serviço de consumo tradicional, cuja aquisição constitui-se em ato de liberdade e eventual possibilidade de cada qual<sup>771</sup>.

No debate a respeito da fundamentação de direitos humanos não se estabelece consenso entre as diferenças culturais a respeito de um “mínimo conjunto de direitos”

---

<sup>770</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 344.

<sup>771</sup> *Idem*.

considerados “fundamentalmente humanos”, mas nenhuma delas negaria *status* de direito constitutivo da dignidade humana ao uso de um medicamento para tratamento de doença grave<sup>772</sup>.

Para abordarmos o acesso a medicamentos, temos que nos voltar ao Acordo TRIPS. O Acordo TRIPS (em inglês: Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, em português: Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio) da OMC, acarretou importantes mudanças nas normas internacionais referentes aos direitos de propriedade intelectual<sup>773</sup>.

O artigo 30 do Acordo TRIPS estabelece os limites aos direitos conferidos pela patente, o que possibilita a implementação de flexibilidades como “uso experimental” e “exceção Bolar”. O “uso experimental” refere-se à possibilidade de exploração do objeto patentado para fins de investigação científica. Essa flexibilidade promove o aproveitamento da informação revelada pelo detentor da patente para fins de pesquisa. O mecanismo conhecido como “exceção Bolar” ou “trabalho antecipado” permite realizar testes para fins de obtenção do registro de comercialização em agências reguladoras, antes da expiração da patente. Isso possibilita o lançamento de um medicamento genérico imediatamente após a expiração da patente. Na realidade a “exceção Bolar” nada mais é do que uma especificação do uso experimental. Se na legislação do país estiver previsto o “uso experimental” e se for adotada a interpretação mais abrangente, o país poderá realizar os testes para fins de aprovação de registro de comercialização<sup>774</sup>.

Com relação ao direito humano à saúde, conceitos como licença compulsória devem ser apresentados. Para garantir o acesso a medicamentos, a possibilidade de uso de licença compulsória revela-se um dos mais importantes mecanismos tendo em vista a

---

<sup>772</sup> *Ibidem*, p. 344-345.

<sup>773</sup> CORREA, Carlos M. O acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos. 3: 226-39, 2005. p. 27.

<sup>774</sup> CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; HASENCLEVER, Lia; MELO, Luiz Martins. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31/05/2015. p. 261.



redução de preços de produtos e, por consequência, maior probabilidade de acesso a tais bens essenciais. Ao mesmo tempo, o mecanismo revela-se um *marketing failure* do ponto de vista da teoria de *livre mercado* e, por essa razão, passa ser combatida como uma distorção do direito da concorrência<sup>775</sup>.

Licença compulsória é uma autorização governamental, que permite a exploração por terceiros de um produto ou processo patenteado sem o consentimento do titular da patente, conforme estabelece o artigo 31 do Acordo TRIPS. Uma licença compulsória somente poderá ser emitida em circunstâncias próprias, ou seja, mediante algumas condições como, falta de exploração da patente, interesse público, situações de emergência nacional e extrema urgência, para remediar práticas anticompetitivas e de concorrência desleal, por falta de produção local e na existência de patentes dependentes<sup>776</sup>.

Autores ilustram o uso destes dispositivos utilizados pelos Estados Unidos e Canadá várias vezes com o objetivo de preservar a saúde pública<sup>777</sup>.

Para ilustrar a importância desse dispositivo para o desenvolvimento tecnológico e para proteger a saúde pública, cabe citar os exemplos dos Estados Unidos e do Canadá. Os Estados Unidos emitiram licenças compulsórias ao longo de várias décadas como forma de regular os preços de medicamentos. Nas décadas de 60 e 70, o exército daquele país produziu e utilizou tetraciclina e meprobamato sem a autorização dos detentores das patentes. Durante a década de 80 foi concedida uma licença compulsória para a insulina,

---

<sup>775</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 358.

<sup>776</sup> CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; HASENCLEVER, Lia; MELO, Luiz Martins. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31/05/2015. p. 261.

<sup>777</sup> *Ibidem*, p. 261-2.

produzida pela empresa Eli Lilly sob o argumento de que a empresa estava envolvida em uma conspiração com outros fabricantes de insulina. Por isso foi obrigada a licenciar o know-how e os direitos relativos às patentes existentes e futuras de produtos relacionados à insulina. Em 1992, a empresa Merrioux, que dominava o mercado de vacinas anti-rábicas, fundiu-se com a empresa Connaught, que era seu potencial concorrente. A fusão consolidou um forte monopólio, que foi imediatamente minimizado pela emissão de uma licença compulsória pela Comissão Federal do Comércio (Federal Trade Commission – FTC). Em 2001, os Estados Unidos novamente ameaçaram utilizar a licença compulsória para a produção do antibiótico Ciprofloxacino, da empresa Bayer, por causa da emergência nacional representada pela ameaça do Anthrax e outros possíveis produtos passíveis de serem utilizados por bioterroristas.

O Canadá previa a emissão de licença compulsória para medicamentos desde 1923. No período entre 1969 e 1983, houve uma média de emissão de vinte licenças compulsórias para medicamentos por ano. Isso permitiu o desenvolvimento de um importante parque nacional de produção de medicamentos genéricos. Desde 1993 esse país parou de utilizar licença compulsória por causa da grande pressão feita pelo governo dos Estados Unidos durante as negociações do Tratado de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA).

Mesmo considerando dois países desenvolvidos centrais, observa-se no texto uma forte influência do mercado, característica do sistema capitalista, sobre os interesses da população.

A utilização de licença compulsória está regulamentada no TRIPs (art. 31, b), mas a cada dia aumentam as pressões de países desenvolvidos, em especial dos Estados Unidos, para que o uso do mecanismo seja restringido ou evitado. Outra alternativa

estadunidense em limitar os efeitos da Declaração pode ser medida pela reivindicação de uma lista de doenças para limitar a motivação de “quebra de patentes”<sup>778</sup>.

A participação do setor saúde no processo de análise dos pedidos de patentes do setor farmacêutico foi implementada no Brasil, mediante uma emenda à Lei n. 9.279/1996. Essa medida pode ser considerada como uma flexibilidade do Acordo, implícita no seu artigo 8º, o qual define como princípio o direito de os países membros da OMC “adotarem medidas necessárias para proteger a saúde pública e nutrição para promover o interesse público em setores de vital importância para o desenvolvimento socioeconômico e tecnológico, desde que compatíveis com o disposto no Acordo”<sup>779</sup>.

No caso dos produtos farmacêuticos, por sua própria natureza, as patentes permitem que os fabricantes de produtos farmacêuticos estabeleçam preços acima dos custos marginais, recuperem despesas com pesquisas e desenvolvimentos e, obtenham lucro. A crise da SIDA na África e as evidentes implicações negativas das patentes para o acesso dos pobres aos medicamentos trouxeram à tona o relacionamento entre o TRIPS e a saúde. Considerando que mais de 30 milhões de pessoas vivem com SIDA, em sua maioria nas regiões mais pobres do mundo, a necessidade de enfrentar o problema de acesso a medicamentos patenteados surgiu como prioridade global. Embora seja verdade, como argumenta a indústria farmacêutica, que outros fatores – como infraestrutura e manutenção profissional – desempenham papel central na determinação do acesso aos medicamentos, é verdade também que os preços resultantes da existência de patentes determinam, em última instância, quantos morrerão de SIDA e de outras doenças nos próximos anos<sup>780</sup>.

O Acordo TRIPS se caracteriza também por não reconhecer a liberdade de cada país signatário de adotar uma estrutura legislativa que beneficie o seu desenvolvimento

---

<sup>778</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 354.

<sup>779</sup> CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; HASENCLEVER, Lia; MELO, Luiz Martins. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31/05/2015. p. 262.

<sup>780</sup> CORREA, Carlos M. O acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. *SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos*. 3: 226-39, 2005. p. 27-28.

tecnológico, uma vez que deixou pouca flexibilidade para instituição de regimes de propriedade intelectual internos, reduzindo as margens de manobra dos governos que pretendiam acelerar o acesso a novas tecnologias em busca de uma melhoria no padrão de vida de seus cidadãos<sup>781</sup>.

As questões levantadas a respeito das implicações do Acordo TRIPS sobre a saúde pública se refletiram na adoção, por iniciativa dos países em desenvolvimento, da Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública na Quarta Conferência Ministerial da OMC (de 9 a 14 de novembro de 2001)<sup>782</sup>. Esta deu tratamento específico ao tema, estipulando, dentre outros efeitos: a) a possibilidade de os países adotarem medidas de proteção à saúde pública; b) a possibilidade de os Países-membros utilizarem mecanismos como licenças compulsórias e importação paralela, previstos no TRIPS; c) a possibilidade de extensão das exceções existentes para proteção de patentes a produtos farmacêuticos até 2016 para os *least-developed countries*<sup>783</sup>.

A Declaração de Doha reconhece a “gravidade” dos problemas de saúde pública que afligem países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento, destacando os que decorrem de SIDA, tuberculose, malária e outras epidemias - mas não se limitando a estes. A declaração reflete as preocupações desses países sobre as implicações do Acordo TRIPS em relação à saúde pública em geral, sem se restringir a determinadas doenças. Embora reconheça o papel da proteção à propriedade intelectual “para o desenvolvimento de novos medicamentos”, a Declaração se preocupa especificamente com os possíveis efeitos sobre os preços. Afirma que o Acordo TRIPS não pretende e não deve impedir que seus membros tomem medidas para proteger a saúde pública<sup>784</sup>.

No parágrafo 6, a Declaração de Doha instrui o Conselho do TRIPS quanto à maneira de abordar uma questão delicada: a maneira de países-membros com

---

<sup>781</sup> BARRETO, Ana Cristina Costa. Direito à saúde e patentes farmacêuticas. Aurora, 7: 1-11, 2011. p. 4.

<sup>782</sup> CORREA, Carlos M. O acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos. 3: 226-39, 2005. p. 28.

<sup>783</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 352.

<sup>784</sup> CORREA, Carlos M. O acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos. 3: 226-39, 2005. p. 28.

insuficiente ou nenhuma capacidade de produção fazerem uso efetivo da licença compulsória. O problema básico, subjacente ao texto desse parágrafo, está nas limitações de vários países em desenvolvimento para fabricar seus próprios medicamentos. A capacidade de produção da indústria farmacêutica está distribuída de forma bem irregular pelo mundo. Não são muitos os países que podem produzir ingredientes ativos e formulações, ou mesmo desenvolver estudos e pesquisas<sup>785</sup>.

Para Chaves et al. (2007), a Declaração de Doha em nada modificou o Acordo TRIPS. Na realidade, constituiu-se em um importantíssimo instrumento político para que os países em desenvolvimento e menos desenvolvidos pudessem implementar todas as flexibilidades previstas no Acordo relacionadas à proteção da saúde pública. Adicionalmente, ficou reconhecida, no parágrafo 6o, a necessidade de se identificar uma solução ao problema dos países que não tinham capacidade tecnológica local e que, portanto, não estariam habilitados tecnicamente a emitir licença compulsória<sup>786</sup>.

É possível afirmar que existe um forte movimento em curso para tornar o sistema de proteção da propriedade intelectual cada vez mais favorável ao titular da patente, e, por isso, menos sensível ao direito das populações de ter acesso a novas tecnologias, que podem prolongar ou salvar suas vidas, minorando o sofrimento<sup>787</sup>.

A OMS advertiu que seus Estados-membros aplicassem nas suas leis de propriedade industrial todas as flexibilizações contidas no Acordo TRIPS, visando a garantia da proteção à saúde pública e, por esta razão, para que o acordo passasse a vigorar no âmbito nacional, cada um dos países membros da OMC deveria realizar um processo de “internalização” de suas regras, na tentativa de minimizar, por exemplo, o

---

<sup>785</sup> CORREA, Carlos M. O acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos. 3: 226-39, 2005. p. 29.

<sup>786</sup> CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; HASENCLEVER, Lia; MELO, Luiz Martins. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31/05/2015. p. 263.

<sup>787</sup> *Ibidem*, p. 265.

potencial impacto negativo no acesso a medicamentos por parte dos países não desenvolvidos<sup>788</sup>.

No cenário internacional existe uma linha divisória entre os sistemas de proteção dos direitos humanos e as organizações internacionais de caráter econômico, pois, apesar dos avanços dos sistemas regionais de direitos humanos, tais direitos ainda se encontram marginalmente situados na construção da ordem internacional econômica<sup>789</sup>.

### **5.3 – Organização Mundial da Saúde, Organização Mundial da Propriedade Intelectual e Organização Mundial do Comércio**

No dia 5 de fevereiro de 2013, pela primeira vez as três organizações intergovernamentais globais relacionados com a propriedade de saúde, intelectual e comércio colocaram seus conhecimentos em um estudo sobre as políticas necessárias para avançar tecnologias nas áreas da medicina e da saúde e, garantir que elas atinjam os necessitados<sup>790</sup>.

A publicação originária do encontro abordou uma ampla gama de questões complexas, ainda vinculadas entre si, relativas à saúde pública e a inovação tecnológica em medicina, com objetivo de proporcionar acessibilidade de se colocar os médicos à disposição de todos os enfermos do mundo<sup>791</sup>:

La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Es la primera vez que las tres organizaciones

---

<sup>788</sup> BARRETO, Ana Cristina Costa. Direito à saúde e patentes farmacêuticas. *Aurora*, 7: 1-11, 2011. p. 5.

<sup>789</sup> OLIVEIRA, Silvia Menicucci de. *Barreiras não tarifárias no comércio internacional e direito ao desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

<sup>790</sup> La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponível em: < [http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acesso em 23/3/2013.

<sup>791</sup> *Idem*.

intergubernamentales mundiales que se ocupan de la salud, la propiedad intelectual y el comercio ponen en común sus conocimientos en un estudio sobre las políticas necesaria para hacer avanzar las tecnologías en los ámbitos de la medicina y la salud y lograr que lleguen a quienes las necesitan.

As tecnologias médicas (medicamentos, vacinas e dispositivos sanitários) são essências para a saúde pública. Os problemas de acesso a medicamentos essenciais e de falta de investigação orientada a enfermidades não atendidas têm sido persistentes<sup>792</sup>.

Las tecnologías médicas (medicamentos, vacunas y dispositivos sanitarios) son esenciales para la salud pública. Los problemas de acceso a los medicamentos esenciales y de falta de investigación orientada a las enfermedades desatendidas han sido persistentes. En el debate sobre políticas sanitarias se ha incluido recientemente una reflexión sobre la promoción de la innovación y la forma de garantizar que las tecnologías médicas esenciales estén disponibles para todos.

A ex-presidente da Suíça, Sra. Ruth Dreifuss, que foi também presidente da Comissão de Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (CPIH) da Organização Mundial de Saúde, presidiu a cerimônia. A Sra. Ruth Dreifuss assim se pronunciou<sup>793</sup>:

“La salud pública es un claro imperativo para la comunidad internacional” y añadió que “es indispensable fomentar la

---

<sup>792</sup>Promover el acceso a las tecnologías y la innovación en medicina: Intersecciones entre la salud pública, la propiedad intelectual y el comercio. Disponible en: <[http://www.wto.org/spanish/res\\_s/publications\\_s/who-wipo-wto\\_2013\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/res_s/publications_s/who-wipo-wto_2013_s.htm)>. Acceso em 24/3/2013.

<sup>793</sup> La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponible en: <[http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acceso em 23/3/2013.

innovación médica y el acceso a los frutos de esa innovación a fin de avanzar hacia la obtención de resultados mejores y más equitativos en el ámbito de la salud.” “Para conseguir este resultado se requiere más cooperación práctica y diálogo en el sistema internacional; la publicación de este estudio es un paso importante en esa dirección.”

Realçando a importância do estudo, a diretora geral da OMS, Dra. Margaret Chan apresentou que tal encontro poderia chegar a elaboração de medidas para se chegar aos objetivos nacionais da saúde pública<sup>794</sup>:

“Este estudio “arroja luz sobre un entramado extremadamente complejo de normas y políticas y facilita su comprensión a los no especialistas.” “Al hacer esto, se ha establecido un inventario completo y coherente de los instrumentos jurídicos y las opciones de política, que podrán servir de referencia para elaborar medidas destinadas a lograr a los objetivos nacionales de salud pública.”

Da mesma forma se manifestou o diretor geral da OMPI, Sr. Francis Gurry, quando aventada a possibilidade deste trabalho conjunto possibilitando melhores âmbitos de saúde, comércio e propriedade intelectual<sup>795</sup>:

El Director General de la OMPI, Francis Gurry, dijo: “Esta publicación conjunta de la OMS, la OMPI y la OMC nos permitirá entender mejor los ámbitos de la salud, el comercio y la propiedad intelectual y ofrece a los responsables de políticas

---

<sup>794</sup>La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponible en: < [http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acceso em 23/3/2013.

<sup>795</sup>*Idem.*



una presentación exhaustiva de las cuestiones en juego.”  
“Esperamos con interés mantener esta colaboración, en particular para demostrar que la innovación y la propiedad intelectual son elementos fundamentales de toda política de salud eficaz.”

Para garantir o acesso aos medicamentos a Conferência concluiu que se deve adotar a combinação de política de saúde, normas, propriedade intelectual e parâmetros de política comercial, como pronunciou o Diretor-Geral da OMC, Pascal Lamy<sup>796</sup>:

“La coherencia es clave para encontrar soluciones sostenibles. Con esa idea hemos realizado este estudio: ofrecer opciones de política que estén bien fundamentadas y tengan en cuenta todos los aspectos.”

A publicação abrangueu uma vasta gama de questões complexas, mas interligadas, relativa à saúde pública e à inovação tecnológica em medicina<sup>797</sup>.

La publicación abarca una amplia gama de cuestiones complejas, aunque vinculadas entre sí, relativas a la salud pública y la innovación tecnológica en medicina, con la mira puesta en la accesibilidad, esto es, en poner los adelantos médicos a disposición de todos los enfermos del mundo. Esta publicación ofrece información sólida a todos los interesados en estas cuestiones.

---

<sup>796</sup>La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponible en: < [http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acceso em 23/3/2013.

<sup>797</sup>*Idem.*

Foram apresentadas as prováveis principais causas de morte no mundo no período de 2004 a 2030<sup>798</sup> na figura 11:

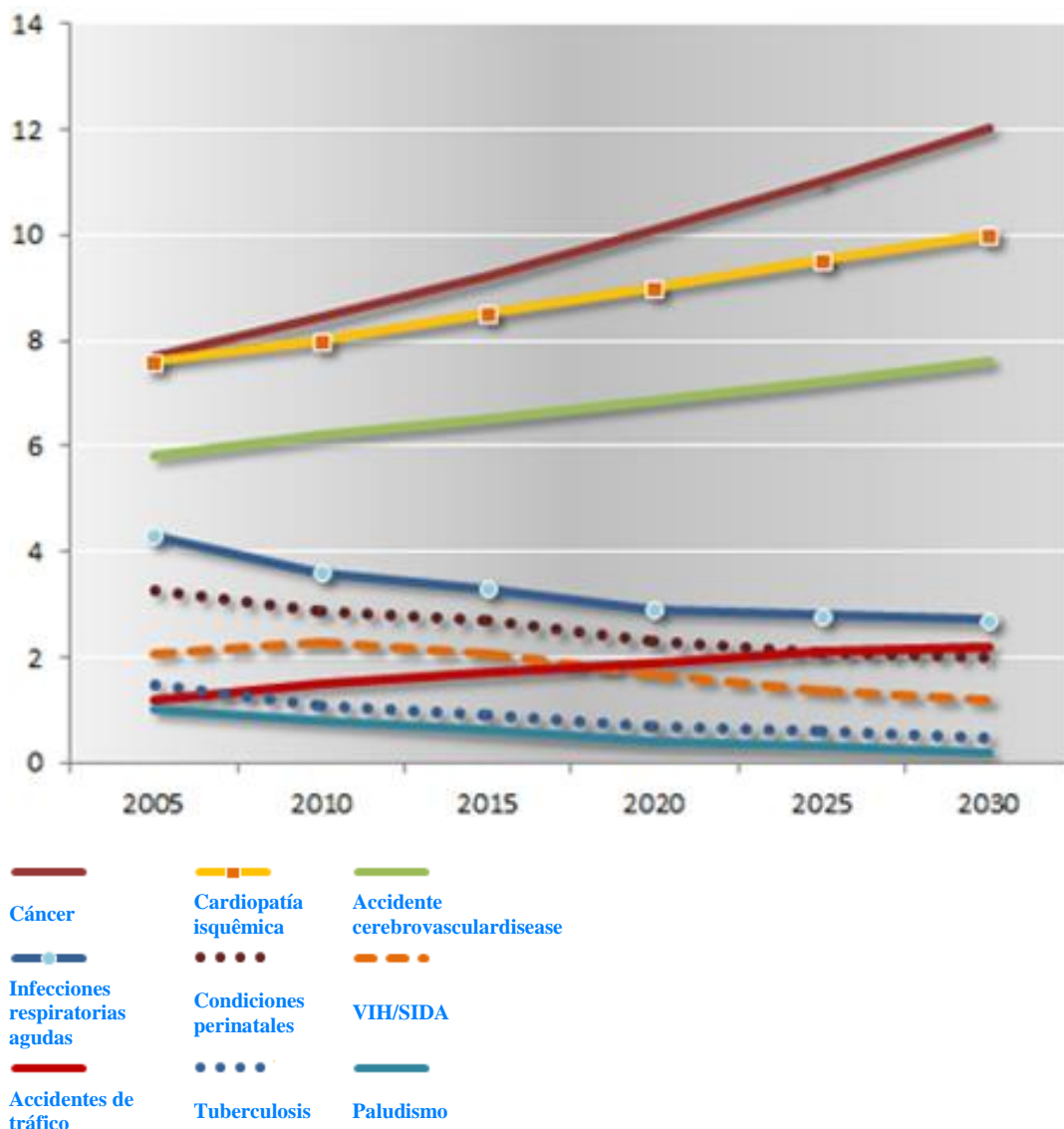


Figura 11 - Principais causas prováveis de morte no mundo no período de 2004 a 2030.

A publicação foi dirigida aos responsáveis pela formulação de políticas, legisladores, funcionários públicos, delegados de organizações internacionais, organizações não governamentais e pesquisadores da área<sup>799</sup>.

<sup>798</sup>Idem.

El estudio refleja el debate sobre la salud, que ha ido evolucionando a lo largo de los años y en el que se presta cada vez más atención a las tecnologías médicas, su invención y difusión. Las políticas en materia de salud pública e innovación, así como las normas comerciales, la competencia y la contratación pública desempeñan todas ellas un papel importante.

O informe dessa reunião conjunta abordou o direito humano à saúde, provavelmente por influência da OMS, quando apresentou que a formulação de políticas públicas já não se limita às questões básicas como garantir o acesso a medicamentos essenciais e desenvolver tratamentos para doenças negligenciadas para os mais afetados, os mais pobres, de forma que possam acessá-los a preços acessíveis. Além do acesso a medicamentos, tecnologias e patentes devem fazer parte do rol para a não violação ao direito humano à saúde<sup>800</sup>.

Últimamente la atención se ha centrado en otros aspectos de este derecho, como las medidas necesarias para incentivar la innovación médica -medicamentos, vacunas y dispositivos médicos- y la forma de asegurar el acceso equitativo a todas estas tecnologías médicas esenciales. Otro elemento importante es el sistema internacional de patentes y la manera en que los gobiernos lo aplican en función de las necesidades de sus países. El sistema de patentes está diseñado para apoyar la innovación y

---

<sup>799</sup> La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponible en: < [http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acceso em 23/3/2013.

<sup>800</sup> La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponible en: < [http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acceso em 23/3/2013.

ofrece un mecanismo para que la sociedad tenga acceso a esa innovación.

A publicação analisou a necessidade de cooperação internacional, as partes que estão envolvidos e como superar os desafios que o setor enfrenta. Discutiu em detalhes toda a gama de questões políticas relevantes da saúde e dos direitos humanos e, as políticas de regulamentos nacionais, regionais e globais, até a propriedade intelectual, comércio e tarifas, compras governamentais, acordos comerciais e outras questões regulatórias<sup>801</sup>.

Sabemos que o custo elevado dos medicamentos, vacinas e equipamentos, muitas vezes fundamentais na prevenção e tratamento de doenças frequentes são partes das questões essenciais para o exercício do direito humano à saúde. E para este exercício, na sua grande maioria faz necessária a quebra de patentes da indústria. Lembramos que estas patentes, na sua maior parte, não são mais propriedade intelectual dos cientistas que desenvolveram a tecnologia e sim, das indústrias que adquiriram estas patentes. Sendo assim, os mercados, fundamentalmente capitalistas, ganham força cada vez maior pelo próprio capital que os mantem e ainda mais com a influência que exercem sobre instituições como OMC e OMPI, que no fundo estão para defender os seus interesses, mesmo que tenham narrativas diferentes nas suas constituições e como deveriam ser as atribuições das mesmas.

Além disso, o fato dos tratamentos serem bastante onerosos, especialmente em razão dos custos dos medicamentos, elevados em face do direito de propriedade das patentes dos laboratórios, exige-se uma análise da situação a partir de uma visão crítica, vinculada a um conceito material de dignidade humana baseado no acesso igualitário aos bens necessários para uma vida digna de ser vivida.

Neste encontro ficou claro pelo documento firmado, que os reais interesses estão localizados nas patentes e mercado da indústria farmacêutica, bem como demais tecnologia, deixando mais uma vez de ver o ser humano na sua multidimensionalidade, ou seja, biológica, social, psíquica, cultural. Medicamentos são parte da reestruturação

---

<sup>801</sup> La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponível em:< [http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acesso em 23/3/2013.

da saúde. Partes importantes, mas que não poderão suprir as demais partes, já que seres humanos são multidimensionais. Em nenhum momento se refere a propriedade intelectual de profissionais da saúde e, portanto, de investimento em formação, capacitação e educação continuada.

Como apresentado no texto acima se observa uma aproximação da Organização Mundial da Saúde com a Organização da Propriedade Intelectual e a Organização Mundial do Comércio. Poderemos encarar como algo positivo essa aproximação, desde que não se restrinja única e exclusivamente a interesses do mercado e, propicie um maior afastamento ao contemplar o direito humano à saúde, mesmo que nas narrativas invisibilize a violação deste direito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se propõe analisar a abordagem do direito humano à saúde de uma instituição como a OMS, a maior instituição mundial voltada para esse estado, defronta-se com a grandiosidade desse intento e ao mesmo tempo, com a dificuldade da empreitada. Obviamente, tem que se escolher um ponto de partida, pois a mesma, além de grandiosa, está entremeada com tantas outras, como a OMC e a OMPI.

Além de tudo, uma tese que se propõe ser analítica tem que escolher um objeto para analisar que poderá avançar na proposta (ver a abordagem do direito humano à saúde da mesma) ou chegar à conclusão que o estudo avançou no conhecimento do órgão, mas não na proposta inicial. E isto é natural, pois um projeto de pesquisa tem perguntas, mas não respostas. Respostas serão encontradas após o desenvolvimento do trabalho, sendo independente da resposta encontrada.

Nesta tese escolheu-se analisar todos os informes anuais da OMS, sendo o primeiro de 1995 e o último, até o momento, do ano de 2015. Foram páginas e mais páginas de leitura, análise e escolhas de recortes de literatura que poderiam representar a instituição criada em 10 de dezembro de 1948, com quase 60 anos de história.

Páginas que possibilitaram um levantar de véus para ser apresentado aos leitores, mas principalmente para uma ampliação de visão do mundo. Quantos caminhos, ruelas, túneis, riachos, rios, oceanos, montanhas, picos e vulcões desvendados e a serem desvendados.

Os véus a serem levantados são finos e até quase transparentes, mais parecem tules de noivas. Só não viu e só não vê o que estes véus cobrem, aquele que é cego (mais raramente), ou não quer ver (o mais frequente).

Ver nas entrelinhas demanda um exercício, uma experiência de busca, uma transposição como bem definiu Ernest Bloch<sup>802</sup>:

Pensar significa transpor. Contudo, até agora o transpor ainda não encontrou o seu pensar mais preciso. Ou, caso tenha sido encontrado, ali havia levianos que não enxergaram a questão. O

---

<sup>802</sup> BLOCH, Ernst. *O Princípio Esperança. Volume 1*. Rio de Janeiro: UERJ Contraponto, 2005. p. 16.

substituto inconsciente, a representação plagiadora corriqueira, enfim, as bugiangas de um espírito de época reacionário, mas também esquematizante, desalojaram o que fora descoberto.

Por que seria tão difícil ver a abordagem do direito humano à saúde por um órgão que se dedica a saúde? Mais ainda do direito humano à saúde? Seria a ausência de um discurso “oficial”?

A saúde, como Carol Proner se referiu à propriedade intelectual, também é *invisível*. Ou melhor, é percebida como *invisível*. No patriarcado, mundo real em que vivemos, também as mulheres são *invisíveis*, como a saúde e a propriedade intelectual. A propriedade material, tradicional, essa é *visível*. E a doença, motivo das discussões do segundo capítulo da tese, essa na sua grande maioria é *visível*; salvo exceções como é o caso de alguns transtornos mentais, tais como as psicopatias/sociopatias (nestes casos as pessoas, em regra, são altamente dissimuladas) que podem passar como *invisíveis*. Isto faz com que a grande maioria dos profissionais da saúde se tornem na realidade profissionais da doença. Estes altamente influenciados, na sua grande maioria, pelo capitalismo e, mais fortemente pelo neoliberalismo vigente. São pessoas formadas sem a mínima consciência, que estão deixando de ser discípulos de *Asclepius*, Deus da Medicina, pai de *Higeia* (responsável pela prevenção) e *Panacea* (responsável pela cura). Símbolos estes, arquetípicos, milenares, que mostram que apesar da crise mundial de valores éticos que chega à profissão, a mesma sobreviverá e conseguirá se reinventar, como “a (re)invenções dos direitos humanos”.

Escolhemos assim, partir da análise do direito humano à saúde pelas instituições, partindo de uma visão multidimensional de saúde, considerando o ser humano como um ser multidimensional.

O ser humano é um ser multidimensional. Se o ser humano for visto em partes, não é possível observar sua totalidade, chegando a conceitos contraditórios. Somente quando a pessoa é íntegra, bio-psico-socio-espiritual, então, se autotranscende, torna-se verdadeiramente humana. Ao reduzir o homem apenas a uma dimensão, quer seja ela, biológica, psicológica, social ou mesmo espiritual, as diferenças ficam camufladas e há

risco de massificação e de uma visão reducionista de homem<sup>803</sup>. O termo espiritual aqui não se dirige a algo da sacralidade ou ligado à religiosidade, mas como aquilo que dá ao homem essa capacidade de unicidade e de busca de sentido. Além do biológico, do psíquico e do sociológico, há no humano essa dimensão espiritual, que vai mais além do religioso ou do supranatural. O espiritual só pode ser encontrado numa dimensão superior e especificamente humana<sup>804</sup>.

Nesta multidimensionalidade teremos de forma integrada as dimensões biológica, social, psíquica, cultural, como vemos na figura abaixo:

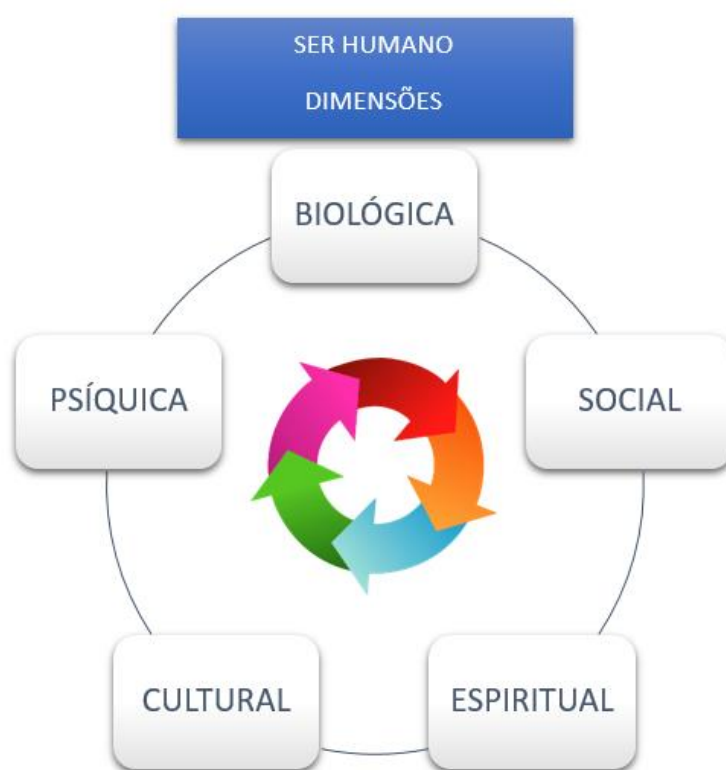


Figura 12 - Multidimensionalidade do ser humano.

---

<sup>803</sup> SOUZA, Emiliana Aparecida de; GOMES, Eliseudo Salvino. A visão de homem em Frankl. Revista Logos & Existência: revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial, 1(1), 50-57, 2012. p.50

<sup>804</sup> *Ibidem*, p.51



Partindo de uma visão multidimensional do ser humano, não podemos deixar de ter essa visão para estudar a posição do direito humano à saúde da maior organização que cuida deste estado, desta condição no mundo todo: a OMS. Sabendo que as pessoas, e, logo as instituições que são formadas por essas pessoas, não são ilhas; tivemos que recorrer a instituições diretamente envolvidas, como a OMC e a OMPI.

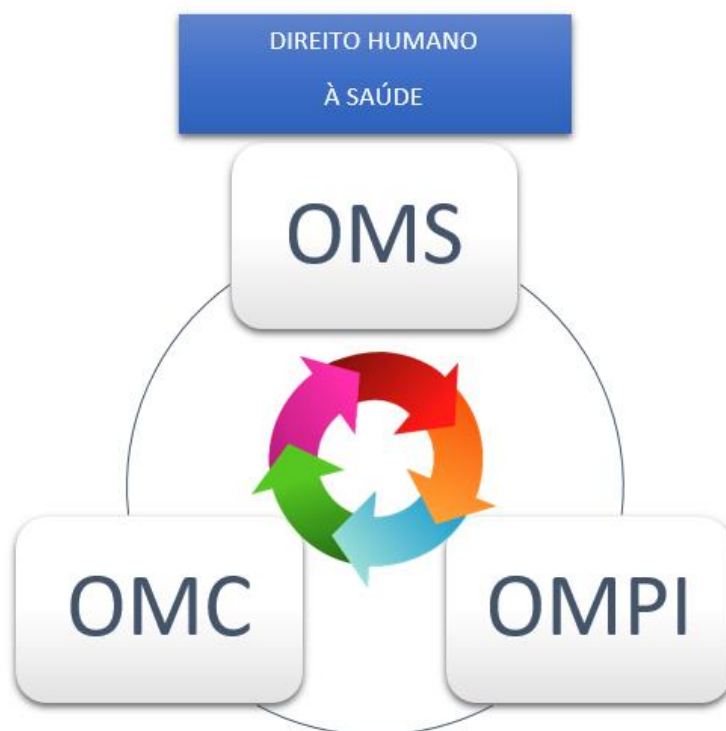


Figura 13 - Papel da OMS, OMC e OMPI no direito humano à saúde.

No quadro 1 da Introdução desta tese apresentamos os elementos fundamentais para que esse direito seja contemplado, ou melhor, a necessidade de bens, sejam estes materiais e ou imateriais.

Analizamos os informes da OMS, a partir da teoria crítica de direitos humanos de Joaquín Herrera Flores. Na concepção do autor, como apresentamos no Capítulo 1, os direitos humanos são entendidos como a forma ocidental hegemônica da luta pela

dignidade humana<sup>805</sup>. Entenda-se por dignidade não o simples acesso aos bens, mas que tal acesso seja igualitário e não esteja hierarquizado “*a priori*” por privilégios. O conteúdo básico dos direitos humanos não é o direito a ter direitos, mas o conjunto de lutas pela dignidade, cujos resultados poderão ser garantidos por normas jurídicas, políticas públicas e por uma economia aberta às exigências de dignidade<sup>806</sup>. Na teoria crítica de Herrera Flores entendemos a dignidade como acesso aos bens, sejam estes materiais ou imateriais<sup>807</sup>.

Não estando claramente definidas pela OMS uma apresentação do direito humano à saúde, objetivamos ver nas entrelinhas a visão da instituição. Consideramos na análise dos informes, quando se referiu a direitos humanos, mesmo que numa visão universalista, sendo estas referências pontuadas.

Numa visão que poderíamos localizar uma afinidade com a teoria crítica de direitos humanos de Herrera Flores, consideramos o direito humano propriamente dito, bem como os bens materiais e imateriais necessários para se viver uma vida digna. Assim elencamos esses elementos nas nossas análises que destacamos nos parágrafos a seguir, de forma individualizada em cada informe.

#### 1. Informe de 1995

Neste informe fica muito clara a participação da pobreza no estado da saúde das pessoas, com os autores do informe explicitando o quadrimônio bio-psico-sócio-cultural. O papel dos fatores sociais está colocado muito claramente. A pobreza é o

---

<sup>805</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *Teoria Crítica dos Direitos humanos. Os direitos humanos como produtos culturais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009. p. 14.

<sup>806</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 37.

<sup>807</sup> HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009. p. 34-35.

núcleo central da impossibilidade de saúde no planeta. O texto da OMS deixa claro o papel social no estado da condição saúde.

As diferenças entre as nações desenvolvidas e as menos desenvolvidas são especificadas, segundo a expectativa de vida no informe com dados de 1993. Indiretamente, expõem-se os efeitos do capitalismo nas condições de saúde das populações distanciadas pelas diferenças econômico-sociais.

A desnutrição é apresentada como um fator contribuinte fundamental para a mortalidade infantil e o desenvolvimento da doença, muitas vezes passando despercebida. A desnutrição também é invisibilidade. Mais uma condição colocada como *invisível*.

Além da ética médica, acrescenta-se uma dimensão social e uma responsabilidade pela saúde da sociedade e da humanidade em geral, como também uma preocupação com a justiça, representando uma meta social. Nesta parte, identifica-se uma ponte para o direito humano à saúde.

No informe, apresenta-se o trinômio mulheres-saúde-desenvolvimento, gerando um relatório sobre saúde e direitos humanos das mulheres da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena de 1993.

## 2. Informe de 1996

O informe de 1996 foi apresentado em três capítulos: 1) O estado de saúde no mundo; 2) Contribuições da Organização Mundial da Saúde na saúde mundial; 3) Mapeamento do futuro.

Como no informe de 1995, fica claro no início do informe o papel das condições socioeconômicas na causa das doenças e, conseqüentemente, influenciando a saúde no mundo. Um trecho do informe chama a atenção à atualidade do mesmo, sendo referente a uma situação mundial de 20 anos atrás, o que mostra que a OMS através de seu instrumento de divulgação mostrou a necessidade de mudanças e investimentos. No entanto, o panorama permanece extremamente atual, como a abordagem de doenças negligenciadas, tais como malária e tuberculose, a alta prevalência da SIDA/HIV e emergência do Ebola.

Da mesma forma, podem-se prever os graves problemas com relação à saúde, quando se reporta aos refugiados, literalmente pontuados: “A crise atual é susceptível de piorar antes que melhorar. Movimento interno e internacional de populações, incluindo os refugiados e migrantes, a urbanização desordenada e descontrolada, o desenvolvimento econômico e mudanças nos padrões de uso da terra, bem como na ecologia e do clima estão criando novas oportunidades para a propagação de infecções”.

Mesmo com as advertências textuais, o sistema capitalista faz sempre opção pela negação do que pode ser inconveniente para o mesmo.

O otimismo com relação à antibioticoterapia, reflexionado no informe, transformou-se numa complacência fatal. Obviamente, este otimismo também foi patrocinado pelo capitalismo. Isso custou milhões de vidas a cada ano, podendo estes resultados tomar uma gravidade ainda maior do que a observada nos anos por vir.

Numa abordagem sobre doenças novas e ameaças, o informe de 1996 apresenta a dimensão ecológica do ser humano; a humanidade como um todo sendo violada e levando, portanto, a doença e desarmonia da dimensão bio-psico-social-eco-espiritual.

No obstáculo principal para a diminuição das doenças infecciosas se destaca a pobreza, sendo a mesma o principal fator para o aumento destas doenças.

Observa-se a intersecção entre direito humano à saúde e direito ambiental e, a consequente violação dos mesmos em conjunto.

As infecções hospitalares são apresentadas como um paradoxo no processo de cura, em cenários que *a priori* foram desenvolvidos para este processo, no caso os hospitais. Cabe uma reflexão da real necessidade, na maioria das vezes, da internação dos pacientes em unidades hospitalares e até que ponto, estas internações são indicadas por protocolos ou influenciadas por ganhos econômicos institucionais ou profissionais.

### 3. Informe de 1997

Escolheu-se como tema do informe de 1997 as doenças não transmissíveis combinadas às transmissíveis. Inicia-se lembrando das lições trazidas pelo fato de que

milhões de pessoas morrem por ano devido a várias doenças infecciosas e, somando as mesmas, centenas de milhões são afetadas por estas condições.

O informe realça o grande aumento da expectativa de vida, combinado com profundas mudanças nos estilos de vida que está levando a epidemias globais de câncer e outras doenças crônicas.

Muito importante é a discussão apresentada no informe sobre a expectativa de saúde. Expectativa de saúde pode ser definida como a expectativa de vida com boa saúde, e equivale ao número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver em um estado favorável.

A "transição epidemiológica" foi abordada no informe de 1997. Nesta condição, observa-se uma mudança de padrão de saúde em que os países pobres herdaram os problemas dos países ricos, incluindo não apenas a doença, mas também os efeitos nocivos do tabaco, álcool, uso de drogas, suicídio e violência. Vemos aqui mais um efeito nocivo do mercado/capitalismo influenciando diretamente o direito humano à saúde dos países periféricos. Cada vez mais, a saúde é influenciada por circunstâncias sociais e econômicas sobre as quais o indivíduo tem pouco controle e, sobre o qual os seguimentos de saúde convencionais também têm pouca influência. Como resultado, muitos países estão experimentando não apenas uma transição epidemiológica, mas uma "polarização epidemiológica" - um fosso cada vez maior em termos de saúde entre ricos e pobres.

A separação em doenças não infecciosas e infecciosas cria uma falsa divisão. Cada vez mais é difícil estabelecer uma fronteira clara entre elas.

A democracia liberal deu a bilhões de pessoas o direito de expressar suas opiniões livremente e abertamente. Infelizmente muitas nações e estados, onde as diferenças nítidas entre grupos étnicos e religiosos foram postas de lado na busca do desenvolvimento econômico, passaram a experimentar rixas amargas que levaram a novas divisões sociais.

Com relação aos direitos humanos como um todo, interessante colocação está presente no informe de 1997. Colocou-se que a educação desempenha um papel fundamental na luta contra problemas de saúde, especialmente quando se inclui

"habilidades para a vida", relacionadas a questões centrais da vida diária, tais como saúde, higiene, nutrição, meio ambiente e direitos civis.

Como apresenta WOLKMER & BATISTA<sup>808</sup> (2011) "é inegável ser a educação, expressão maior de um direito humano, imprescindível na formação dos indivíduos. Porém para que desempenhe adequadamente este mister, deve a escola adotar um modelo de ensino, cujo objetivo maior seja a formação de cidadãos atentos à realidade que os circunda e com a capacidade de criar, mudar e ousar". A educação possibilita o compartilhar de saberes, empoderamento e possibilidade de atuação social.

O informe ainda aborda com uma análise pertinente para a tese em questão, temas como meio ambiente, habitação e falta de moradia, segurança alimentar e nutrição, a expectativa de vida e mortalidade.

A abordagem do informe sobre a questão de gênero foi apresentada como um importante determinante de saúde. O informe propôs que OMS enfoque as causas subjacentes da desigualdade, vulnerabilidade e falta de saúde, em especial no que afetam as mulheres e outros grupos vulneráveis.

#### 4 – Informe de 1998

No informe de 1998, observa-se uma diferença dos demais, pois não se restringe a discorrer sobre acontecimentos do ano que o antecede. Ele traça um panorama sobre os cinquenta anos de criação da OMS.

Ressalta o paradoxo sobre o controle das doenças infecciosas, e, no entanto, mostra o fato de tantas pessoas com aumento da expectativa de vida, sendo 75% das pessoas em países menos desenvolvidos morrem antes dos 50 anos.

---

<sup>808</sup> WOLKMER, Antônio Carlos, BATISTA, Anne Carolinne. Direitos humanos e processos de luta na perspectiva da interculturalidade. In: PRONER Carol.; CORREAS Oscar. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 131.

Apresentou-se que a maioria das mortes prematuras são evitáveis, considerando-se a vacinação e adoção de estilos de vida mais saudáveis. O informe foi otimista, apresentando-se que um maior número de pessoas teria pelo menos acesso aos cuidados mínimos de saúde, abastecimento de água potável e instalações sanitárias. A maioria das crianças do mundo estaria imunizada contra as seis principais doenças da infância - sarampo, poliomielite, tuberculose, difteria, coqueluche e tétano neonatal. No entanto, colocam que infecções pelo HIV e SIDA continuarão a ser a ameaça mais mortal.

O corpo técnico da OMS é fundamentalmente formado muito mais por membros com formação técnica do que política, o que talvez possibilite visualizar um texto mais comprometido com a saúde na sua amplitude das múltiplas dimensões do que voltado para um serviço ao sistema capitalista, como se vê em muitas publicações científicas, que são claramente influenciadas pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, o que claramente difere da visão da OMC e OMPI.

A “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, ocorrida em 1978 em Alma-Ata, fundamental para implantação e norteamo da atenção básica, foi apresentada no informe de 1998. A Conferência declarou que o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas no mundo era inaceitável e pediu uma nova abordagem aos cuidados de saúde para diminuir o fosso entre os *"have"* e *"have-nots"*.

Fatos positivos apresentados no informe foram que direitos humanos, equidade e justiça social tornaram cada vez frequentes como preocupações básicas no processo de tomada de decisão política.

Um destaque especial foi dado com relação a saúde e direitos humanos. A Constituição da OMS estabelece que "O gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, política, econômica ou social". A OMS tem uma orientação quanto a direitos humanos, mas neste informe nos parece como um conceito universalista. De maneira explícita a Instituição não apresenta um conceito crítico de direitos humanos.

Um tema extremamente atual abordado no informe de 1998 é sobre a vulnerabilidade da infância em conflitos armados. As crianças são os membros mais vulneráveis da sociedade em tempos de conflitos armados.

O informe de 1999 apresenta que os historiadores da área da economia e demografia debatem a gênese do aumento da esperança de vida, mas que esses aumentos parecem ser pelo menos parcialmente, ligados às mudanças econômicas resultantes das revoluções agrícola e industrial.

Um aspecto da mudança econômica - urbanização - realmente afeta negativamente a saúde, expondo uma proporção crescente da população a condições de superlotação e facilitando a propagação da infecção. Esta observação do informe ocorre desde a revolução industrial.

Contrabalançando este efeito, os aumentos na ingestão de nutrientes e melhorias no saneamento e abastecimento de água resultaram em níveis de rendimento mais elevados.

Embora declínios de mortalidade têm tipicamente levado a aumentos das taxas de crescimento da população, estes aumentos são temporários. O declínio da fertilidade acompanha ou segue o declínio da mortalidade, retornando às taxas de crescimento em níveis baixos.

Melhorias de renda podem levar a reduções de mortalidade. Numerosos estudos tentaram quantificar esse efeito. A renda aumenta se correlacionando com uma diminuição de mortalidade e, acredita-se que a relação é causal em ambas as direções.

O informe relata que os efeitos do crescimento econômico sobre a saúde, enquanto reais, são relativamente fracos e propensos a serem lentos. O texto coloca que ao invés de continuar a apontar para a pobreza como a causa raiz de problemas de saúde, as decisões podem vir a se concentrar no relacionamento de duas vias entre a pobreza e a falta de saúde, identificando-se a última, como uma das principais causas da pobreza, sendo particularmente favorável à intervenção pública.

Na medida em que uma saúde melhor tem contribuído para o aumento das taxas de crescimento, investir na saúde pode se tornar uma ferramenta de política macroeconômica. Apesar do crescimento econômico rápido, mais de um bilhão de seres humanos ainda vivem em absoluto e degradante estado de a pobreza.

Este informe defende um "novo universalismo" que reconhece os limites dos governos, mas conserva a responsabilidade destes para a liderança e financiamento dos sistemas de saúde. Segundo o informe, o novo universalismo acolhe a diversidade e está sujeito a orientações adequadas, a concorrência na oferta de serviços.



## 6 - Informe – 2000

Os sistemas de saúde são definidos no informe do ano 2000 como compreendendo todas as organizações, instituições e recursos que são dedicados à produção de ações de saúde. A ação de saúde é definida como qualquer esforço, quer na área da saúde pessoal, serviços de saúde pública ou por meio de iniciativas inter setoriais, cujo objetivo principal é melhorar a saúde.

A melhoria da saúde é o principal objetivo de um sistema de saúde, mas não o único. O objetivo de se obter uma boa saúde é duplo: o melhor nível médio possível - *bom* - e as menores diferenças possíveis entre os indivíduos e grupos - *equitativo*.

O informe apresenta que saúde é uma característica de um ativo inalienável e, neste aspecto, um pouco parecida com outras formas de capital humano, como a educação, o conhecimento profissional ou habilidades atléticas. Mas ainda difere deles em aspectos cruciais. Está sujeita a grandes riscos e imprevisíveis, os quais são em grande parte independentes um do outro. Além disso, não pode ser acumulada como conhecimentos e habilidades.

A integridade física e dignidade do indivíduo são reconhecidas no direito internacional, no entanto, têm se observado casos vergonhosos da perversão do conhecimento médico e habilidades, como a participação involuntária ou desinformada em experimentos, a esterilização forçada ou expropriação violenta de órgãos. Os sistemas de saúde, portanto, têm uma responsabilidade adicional para garantir que as pessoas sejam tratadas com respeito, em conformidade com os direitos humanos.

## 7- Informe de 2001

O informe de 2001 da OMS tem como objetivo conscientizar o público e os profissionais sobre a verdadeira carga e o custo humano, social e econômico que representam os transtornos mentais. Ao mesmo tempo, auxilia a desconstruir os obstáculos, particularmente a estigmatização, a discriminação e as deficiências dos serviços, que impedem muitos milhões de pessoas do mundo todo a receberem tratamento que necessitam e merecem.

A saúde mental é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedade e países. No entanto, o informe apresenta que apenas uma minoria das pessoas com transtornos mentais ou comportamentais se encontra em tratamento. Os transtornos mentais e de conduta são consequência de complexas interações de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Apesar dos transtornos mentais representarem 12% da morbidade no mundo, para tanto, a maioria dos países gasta menos que 1% nos gastos total na saúde, o que se constitui uma violação ao direito humano à saúde.

Sabe-se, atualmente, que a maior parte das doenças, tanto psíquicas, como orgânicas, são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Deixa-se muito claro que os hospitais psiquiátricos devem ser fechados, substituindo-se por uma atenção comunitária bem organizada e por leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

A ciência moderna está descobrindo não ter sentido a divisão em saúde mental e física. Na maioria das doenças mentais e orgânicas influenciam uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Tem-se relacionado os transtornos mentais e comportamentais com os fatores sociais, como a urbanização, a pobreza e a evolução tecnológica.

Um marco importante para a revisão da abordagem da saúde mental é a Declaração de Caracas. O movimento de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico é colocado como opção para evitar estas violações dos direitos humanos, possibilitando assim, a vivência de uma vida digna de ser vivida.

Fica clara a temática dos direitos humanos, quando se propõe que essas políticas devam garantir o respeito aos direitos humanos e levar em conta as necessidades dos grupos vulneráveis.

## 8 - Informe – 2002

Este informe aborda com muitos detalhes os fatores de risco para saúde. Já no início do mesmo define risco como a probabilidade de um resultado adverso, ou um fator que aumenta essa probabilidade. Para proteger a população e ajudá-la a se proteger a si mesma, os governos necessitam poder avaliar os riscos e eleger as intervenções

mais eficazes e exequíveis para evitar a produção destes riscos. Consumos tais como, alimentos, álcool e tabaco, estão criando em todo mundo uma “transição de riscos”.

Certos problemas como o câncer, as cardiopatias, os acidentes cerebrovasculares e o diabetes, estão cada vez mais prevalentes. Esta tendência é particularmente grave em muitos países em desenvolvimento, que seguem enfrentados os problemas tradicionais derivados da pobreza como a desnutrição e as doenças infecciosas.

A vulnerabilidade daqueles de classe econômica desfavorecida fica clara na colocação do informe, quando se coloca que os pobres estão mais vulneráveis aos diversos fatores de riscos.

A globalização como fator de propagação e aceleração da transição dos riscos é apresentada no informe. Produtos e hábitos de vida importados ou imitados de outros países levam a que os riscos denominados “riscos ocidentais” passaram a ser “riscos mundiais”, trazendo grande instabilidade para a saúde dos países em desenvolvimento.

A empresas multinacionais de tabaco, álcool e alguns alimentos elaborados, com objetivo de ampliar seus mercados em expansão para mercados de países pobres, possibilita a chegada de fatores de riscos antes ausentes. O mesmo com relação a políticas agrícolas e comerciais influenciando na alimentação diária, bem como o sedentarismo, consequente ao tipo de trabalho, à televisão e ao uso do computador.

Dos fatores importantes que influenciam na percepção dos riscos estão o gênero, a visão do mundo e a ideologia. Os laços afetivos e a confiança estão também muito relacionados com a opinião que se formam dos riscos, tanto para os especialistas, como para os leigos no assunto. A influência dos fatores sociais, psicológicos e políticos também se observa nos estudos sobre o efeito das visões do mundo na valoração dos riscos.

Colocações presentes no informe, tais como individualismo sendo uma característica importante de toda a sociedade justa ou de que os avanços tecnológicos sejam importantes para melhorar a saúde e o bem-estar social, estão claramente alinhadas com um pensamento de nações hegemônicas, que tiveram influência no texto redigido.

O informe mostra que a percepção, compreensão e formulação dos riscos são influenciadas por grupos poderosos de interesse fora dos governos, em particular, empresas privadas com fins lucrativos e organizações de defesa de saúde pública.

Aborda-se no informe práticas perigosas de infecções em entornos sanitários, bem como propostas de soluções para redução destes riscos. Esta é uma prática totalmente contrária aos princípios éticos profissionais. No entanto, estas práticas têm uma cumplicidade dos Estados para a ocorrência das mesmas.

#### 9 - Informe – 2003

O informe de 2003 se inicia abordando a situação de saúde global, levantando a questões urgentes sobre a justiça. Podemos observar uma aproximação com direitos humanos. Em algumas partes do mundo, há uma expectativa de uma vida mais longa e confortável, enquanto em muitos outros se observa o fracasso do controle da doença, embora existam os meios para combatê-las.

O informe se remete aos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” estabelecidos pela cúpula das Nações Unidas (ONU) no ano 2000. Estes incluem metas ambiciosas para os objetivos de nutrição, saúde materna e infantil, a luta contra as doenças infecciosas e acesso a medicamentos essenciais. Com este apoio, teremos uma oportunidade verdadeira de fazer progressos que se traduzirão numa vida mais longa e saudável para milhões de pessoas, transformando o desespero em esperança realista, e estabelecendo as bases para as futuras gerações de desfrutar de uma saúde melhor.

A mensagem-chave deste informe é que, para se conseguir progressos reais em termos de sistemas de saúde, requer-se sistemas melhores baseados na atenção primária à saúde.

Embora o sistema de saúde possa ajudar a reduzir as desigualdades de saúde, estas diferenças para serem reduzidas estarão implícitas com a redução da pobreza e das injustiças socioeconômicas.

A perspectiva ética da saúde mundial está inspirada na constituição da OMS. Naquele momento, logo após a finalização da 2ª Guerra Mundial, o mundo, como hoje, estava preocupado com a segurança. Os fundadores da OMS e ONU viram claramente a relação entre segurança e justiça. Portanto, não se pode abordar saúde sem uma visão da mesma através das várias dimensões e sendo assim, a dimensão social, vai estar diretamente ligada à justiça para que o estado de saúde possa ser conseguido.

As mudanças para o aumento de esperança de vida nos países desenvolvidos começaram há 100-150 anos, decorrentes da obtenção de direitos humanos direta ou

indiretamente associados ao direito humano à saúde, que foram fundamentais para a diminuição das taxas de mortalidade, em especial da materno infantil.

A fragilidade da saúde em determinadas regiões, especialmente na África e Europa oriental, é decorrente das infecções por HIV/SIDA e instabilidade social, econômica e política.

O informe apresenta os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), pactuado no ano 2000, o qual coloca a saúde como o coração do desenvolvimento.

Resumindo os 8 objetivos do milênio apresentou-se: redução da pobreza; atingir o ensino básico universal; igualdade entre gêneros e autonomia das mulheres; redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna; combate ao HIV/SIDA, malária e outras doenças; garantia da sustentabilidade universal e estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento.

#### 10 - Informe – 2004

No ano de 2004, o informe se inicia mostrando a importância do papel da OMS, não apenas em fortalecer os mecanismos de combate a HIV/SIDA, mas também a todo o sistema de saúde dos países membros da Instituição.

A importância epidemiológica da infecção HIV/SIDA, numa situação mundial de pandemia, justifica este informe ter o tema exclusivo sobre esta doença infecciosa, atingindo grandes proporções no continente africano e Ásia.

Mundialmente, a via predominante de transmissão do vírus são as relações heterossexuais sem proteção, seguidas de outras formas como relações sexuais entre homens com penetração desprotegida, consumo de drogas por via parenteral e transfusões sanguíneas sem controle de qualidade.

A epidemia HIV/SIDA apresenta importantes consequências humanas, sociais e econômicas.

A desestruturação familiar com a morte prematura dos pais traz repercussões imensas para os jovens, tanto do ponto de vista psicológico, como no desenvolvimento econômico. A morte dos pais impede de passar aos seus filhos seus bens e atitudes, impossibilitando a transmissão do processo de acumulação e transmissão do capital humano de geração a geração.

A mulheres que têm o direito de gênero repetidamente violado em todo o mundo, vêm a sofrer com o advento da SIDA, a discriminação e vitimização, pois a doença vem agravar suas situações. Apresentam-se como o maior grupo comprometido na África, infectando-se em idades mais precoces, numa média de 6 a 8 anos antes, forçadas a manter relações sexuais desiguais e não protegidas, gerando uma perda maior de mulheres e conseqüente desequilíbrio da população adulta.

A prevenção pode ser eficaz em muitas populações quando embasadas em provas científicas e adaptadas para o entorno socioeconômico da população envolvida. O informe apresenta que comprovando o enfoque que respalda os direitos sociais e individuais, fundamentando o desenvolvimento nos valores culturais, as medidas tornam-se eficazes. Podemos ver nesta posição elementos identificáveis com uma teoria crítica de direitos humanos, como a de Herrera Flores.

Para a prevenção das infecções nos lactentes e crianças pequenas, é fundamental a prevenção nas mulheres. Para tal, os direitos de gênero têm que ser respeitados, como criação de possibilidades de se evitar gestações indesejadas em mulheres soropositivas, garantias ao acesso a terapia antirretroviral na gestação e programas de partos cesarianas antes que se inicie o parto normal, além de oferta de condições para não se realizar a amamentação natural no caso das pacientes serem soropositivas.

O informe conclui que a estratégia integral para a infecção HIV/SIDA une prevenção, tratamento, atenção e apoio, dando ênfase a importância do tratamento, o que não ocorre na maioria dos países em desenvolvimento.

#### 11 - Informe – 2005

O informe de 2005 retoma à pauta do Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo este as aspirações de desenvolvimento acordada para a população mundial cumprir até 2015. Essas metas realçaram a importância de melhorar a saúde, em especial a de mães e filhos, como parte integrante da redução da pobreza.

A saúde materna e infantil era uma prioridade muito antes dos anos noventa. Com o enfoque mundial dos ODM, as mudanças vêm para avançar em todas as partes do planeta, em especial a atenção sanitária como um direito garantido pelo Estado, deixando de ser preocupação técnica para converter-se em imperativo moral e político.

Apresenta-se no informe a magnitude da mortalidade infantil e materna observada no mundo até então, levando a consequências desastrosas para as famílias, que em regra são arrastadas à pobreza.

Os movimentos trabalhistas, agrupamentos de mulheres, organizações beneficentes e profissionais fizeram de sua causa a saúde materno-infantil de muitas maneiras.

No ano da criação da OMS (1948), uma das suas principais funções atribuídas em sua Constituição era "promover a saúde e cuidados maternos e infantis". A noção de mães e crianças, como grupos vulneráveis também foi crucial para o movimento em direção a cuidados primários de saúde lançado em 1978 em Alma-Ata.

Embora a implementação dos cuidados primários de saúde, muitas vezes tivessem um foco estreito, um de seus méritos em seus estágios iniciais foi lançar as bases, vinculando saúde ao desenvolvimento e, uma discussão da sociedade civil em geral sobre as desigualdades. A difícil situação das mães e das crianças veio a ser entendida como uma questão muito além da problemática da vulnerabilidade biológica.

Os direitos sanitários garantidos pelos Estados modernos às mães, recém-nascidos e crianças se fundamentam nos direitos humanos.

O informe apresenta uma posição crítica com relação aos direitos humanos das mulheres, mostrando que as mesmas necessitam de uma luta diária para conseguirem seus direitos, incluindo a saúde das mesmas e de seus filhos, dificultados pela pobreza, tradições culturais e obstáculos legais.

A ênfase na saúde dada nos ODM reflete um consenso global de que problemas de saúde são em si uma dimensão importante da pobreza. Os problemas de saúde contribuem para a pobreza.

Nos países em desenvolvimento, a gravidez, o parto e suas consequências continuam sendo as principais causas de morte, doença e incapacidade nas idades reprodutivas.

O informe demonstrou que a epidemia de HIV/SIDA está levando a um grande transtorno cada vez maior nas mulheres e crianças, especialmente na África subsaariana.

Uma proporção desigual, mas ampla de mães e crianças ainda permanece excluída dos benefícios da saúde disponíveis a outros cidadãos. A exclusão está relacionada com desigualdades socioeconômicas. O resultado da exclusão ao acesso dos cuidados de saúde é habitual nos países pobres.

Uma evidente discriminação socioeconômica e de gênero; violação do direito humano de gênero é apresentada claramente no informe.

O informe ainda aborda os três componentes mais importantes dos cuidados prestados durante a gravidez como proporcionar um bom atendimento pré-natal; evitar gravidezes indesejadas ou como lidar com elas e, construir sociedades que apoiem as mulheres grávidas. Tendo em vista a magnitude do problema da gravidez indesejada e os níveis inaceitavelmente elevados de abortos perigosos em todo o mundo, os esforços contínuos para fornecer serviços de planejamento familiar, educação, informação e serviços para a prática de abortos seguros, sempre dentro da legalidade, são as intervenções essenciais de saúde pública.

A violação do direito de gênero não foi apresentada apenas no período da gravidez, mas antecedendo o mesmo, podendo ser a responsável pela mesma e mostrando a desigualdade das relações de poder entre o homem e a mulher

#### 12 - Informe – 2006

O informe de 2006 foi o primeiro informe da OMS que especificava sobre a questão dos profissionais trabalhadores da saúde. Neste informe, a partir da avaliação realizada por grupo de especialistas, escolhidos por esta organização, analisou-se a crise de recursos humanos que atravessa o mundo.

Avaliou-se a posição da OMS com relação à escassez de profissionais e quais as estratégias que poderiam ser propostas.

Nota-se preocupação com as desigualdades econômicas e sociais dos diversos países membros da OMS. Reforça-se a necessidade de uma vontade política para reversão do quadro atual, com ajuda dos órgãos internacionais. Neste contexto, a OMS como emissora do informe, mostra-se indiretamente uma disposição em ser um agente de liderança nesta reversão.

Observa-se uma visão positiva com relação ao investimento do elemento humano, o que demonstra uma preocupação da OMS na valorização do ser humano, da dignidade humana, onde está incluído também, o profissional de saúde, e não apenas aquele que vai ser cuidado pelo mesmo, mas deixando claro que para a transformação real, Estado e Mercado devem pactuar acordos essenciais.



O informe coloca de forma clara a situação dos profissionais de saúde, que ocorre no mundo todo, ou seja, uma pressão muito grande pelo surgimento de novas epidemias com consequências desastrosas, aparecimento de novas tecnologias, impostas pelo mercado, muitas vezes com aval do Estado e atuação da mídia a serviço do mercado, para manipulação da população com finalidade de vender o seu produto.

Fica clara a ação do capitalismo vigente, sob a tônica do neoliberalismo sobre o profissional da saúde. Todas estas pressões caem sobre um profissional com condições de trabalho desgastantes, impossibilitando uma qualidade de vida adequada, bem como o processo contínuo de aprendizagem, denominado educação continuada.

A OMS demonstrou no informe uma preocupação com a formação dos profissionais a serem absorvidos pelas diferentes frentes de trabalho para ocuparem espaços deficitários, onde teriam um papel essencial na atuação dos cuidados dos usuários do sistema. A organização coloca que não é possível apenas o aumento do número de profissionais, mas um compromisso com qualidade.

### 13 - Informe – 2007

Promover segurança global sobre a saúde pública, a fim de reduzir a vulnerabilidade das populações às ameaças agudas de saúde, foi tem escolhido para o informe 2007.

O objetivo do informe é a segurança global na saúde pública, definida como um conjunto de atividades proativas e reativas necessárias para reduzir a vulnerabilidade a eventos de saúde pública capazes de pôr em risco a saúde das populações. Este relatório foi centrado em questões que ameaçam a saúde coletiva de pessoas a nível internacional: epidemias e pandemias de doenças infecciosas e outros eventos de saúde aguda.

Aborda-se a propagação da resistência microbiana aos agentes medicamentosos que ameaça gravemente os avanços conseguidos, bem como, as doenças são transmitidas por alimentos ou fatores relacionados aos mesmo, consequente a mudanças visando ao aumento da produção.

Apresentou-se a troca de informações sanitárias como uma possibilidade de segurança sanitária mundial.

O informe aborda o equilíbrio entre o homem e os agentes infecciosos numa abordagem multidimensional, onde muito mais que fatores biológicos, estão envolvidos fatores sociais, geográficos, demográficos, ecológicos.

O informe apresenta que em 2006, o sistema foi expandido para cobrir outras emergências de saúde ambiental, incluindo as relacionadas com a interrupção dos serviços de saúde ambiental, tais como abastecimento de água e saneamento, e incidentes radiológicos.

A falta de investimento suficiente em saúde pública resultante de uma falsa sensação de segurança na ausência de surtos de doenças infecciosas pode levar à vigilância reduzida e ausência de execução de programas eficazes de prevenção.

Os conflitos armados nos variados países podem causar danos gravíssimos na saúde pública, com o comprometimento profundo dos sistemas de saúde, tornando-os totalmente ineficazes, possibilitando surtos de doenças infecciosas. Também os grandes movimentos migratórios populacionais causados por guerras, conflitos ou catástrofes naturais têm sido tragicamente comuns nos últimos anos, aumentando consideravelmente o risco de epidemias de doenças infecciosas.

O informe apresenta que muitas das emergências de saúde pública poderiam ter sido evitadas, ou melhor, controladas se os países afetados tivessem um sistema de saúde mais organizado e melhor preparado.

#### 14 - Informe – 2008

O informe anual de 2008 da OMS avalia de forma crítica como a atenção à saúde se organiza, financia e faz a prestação no mundo, tanto nos países ricos, como nos pobres.

Não poderia assim, deixar de abordar a declaração de Alma-Ata de 1978, que vem a ser um marco para atenção primária à saúde (APS), sendo que os valores centrais da constituição da OMS e os que deram forma à declaração superam a prova de realidade e continuam sendo válidos.

O informe destaca nesta declaração valores como justiça social e direito a uma saúde melhor para todos, participação e solidariedade. Os autores do informe acreditavam que se intuía que para impulsionar estes valores, deveria se mudar radicalmente a maneira dos sistemas de atenção sanitária.

Os valores da APS em prol da saúde para todos requerem que os sistemas de saúde coloquem as pessoas no centro da atenção primária. O informe se apresenta com uma forma crítica para o direito humano à saúde, pois coloca que o indivíduo tem que se manifestar para que a atenção seja adequada.

A diminuição da mortalidade infantil foi expressiva desde a Declaração de Alma-Ata, conseqüente e simultânea a atendimento de outros direitos humanos, como à água, saneamento e assistência pré-natal, além do direito humano à vida.

Os sistemas de saúde estão sujeitos a forças poderosas e influências que muitas vezes substituem a definição racional de prioridades ou políticas, levando a que os sistemas de saúde sejam desviados de seus objetivos originais. Algumas das tendências atualmente caracterizam os sistemas de saúde convencionais como um foco desproporcional sobre atendimento terciário especializado, muitas vezes conhecido como "hospitalocentrismo"; fragmentação dos serviços, e mercantilização generalizada de cuidados dos sistemas de saúde não regulamentados.

Alguns países têm conseguido equilibrar a atenção especializada com a APS, como é o caso do Brasil com a medicina da família e comunidade.

Apresenta-se no informe que raramente, ou nunca, uma situação de igualdade é obtida em termos de saúde, riqueza ou poder. O informe colocou as diferenças evidentes nos serviços hospitalares e de atenção primária oferecida às pessoas privilegiadas e as de classes sociais mais pobres. As diferenças de vulnerabilidade e exposição se somam às desigualdades em saúde para levar a resultados sanitários desiguais e, estes contribuem a agudizar a estratificação social que inicialmente havia provocado às desigualdades.

Apresenta-se no informe a importância de um serviço de saúde organizado em redes, possibilitando além de serviços integrados diagnósticos, curativos, reabilitativos e paliativos, a oferta de serviços para a prevenção e promoção de saúde.

Importante abordagem das políticas públicas com relação aos medicamentos essenciais foi apresentada no informe. Quanto às políticas farmacêuticas, o informe coloca que a opção das autoridades nacionais em adotar e adaptar as normas mundiais é muito mais eficiente do que cada país fazer as suas próprias normas. No entanto, Proner apresentou que resultados excelentes foram obtidos no Brasil, com relação à possível quebra de patentes para os medicamentos no tratamento da infecção por HIV/SIDA com redução significativa no preço do medicamento após anúncio desta possibilidade.

O informe está em consonância com o fato de que não é possível contemplar o direito humano à saúde se os outros direitos não forem contemplados juntamente.

#### 15 - Informe – 2009

Elegeram-se abordar no informe de 2009, a situação mundial da segurança rodoviária, com os traumatismos por acidentes de trânsito como um problema mundial de saúde e desenvolvimento, considerando que mais de 90% das mortes por estas causas ocorrem em países de baixa e média renda.

O mesmo chama a atenção para as necessidades de todos os usuários do sistema rodoviário, incluindo os que pertencem aos grupos mais vulneráveis (pedestres, ciclistas, usuários de motores de duas ou três rodas), sendo proposto que eles devam ser levados em conta e dada igual prioridade ao planejar as decisões políticas sobre a segurança rodoviária, uso da terra e tráfego urbano.

A importância do informe se deve aos números expressivos de morte e lesões não fatais decorrentes dos acidentes do trânsito, atingindo níveis epidêmicos.

Os transportes rodoviários vão ter um papel muito importante no desenvolvimento dos países, facilitando o movimento de bens e pessoas. Permitem maior acesso ao emprego, mercados econômicos, educação, recreação e cuidados de saúde, que, por sua vez, afetam positivamente direta e indiretamente na saúde das populações. Portanto, pode-se ver claramente uma posição política do informe ao abordar a situação e seguranças no sistema rodoviário.

Os resultados apresentados no informe mostram que o aumento da motorização no mundo não é acompanhado pela atenção suficiente das necessidades dos grupos de usuários vulneráveis pelas políticas de transporte. Importante reflexão foi apresentada quando se pensa em termos sociais e direitos humanos com relação ao tema do informe.

O informe conclui ser este um primeiro passo para uma avaliação ampla mundial de segurança rodoviária, colocando esta, em pé de igualdade com outras questões como as mudanças climáticas, o tabagismo, e a tuberculose.

#### 16 - Informe – 2010

O informe do ano de 2010 teve como objetivo apresentar uma lista de opções para eliminação das barreiras econômicas ao acesso de serviços de saúde, priorizando avançar para a cobertura universal.

Ressaltou-se que a melhoria da saúde é essencial para o ser humano, o desenvolvimento econômico sustentável e o bem-estar social. Para isso é necessária uma mudança de direção em muitos países, continuando o caminho para a cobertura universal e proteção das conquistas feitas por outros países.

A preocupação da OMS ao eleger o tema do informe procede, pois passa a ser uma preocupação de todos os países membros, em especial daqueles que evoluíram ou estavam a caminho da cobertura universal, considerando a permanência e aumento das doenças transmissíveis, a emergência e aumento das não transmissíveis.

Apresentou-se no informe as formas de financiamento dos serviços, como pagamento direto, fundos coletivos e ajuda exterior. Os pagamentos diretos foram mostrados como graves repercussões para a saúde, pois excluem a promoção e prevenção; são realizados tardiamente, com menores chances de cura, além de aumentarem o círculo vicioso da pobreza. Já os fundos coletivos dependem da captação de recursos adequados, vindo de um conjunto suficientemente grande de pessoas, com o apoio, se necessário, de doadores e das receitas governamentais. As ajudas do exterior ocorrem nos países de renda baixa onde as estruturas de pré-pagamento são subdesenvolvidas ou ineficientes, e as necessidades de saúde enormes.

Com relação ao direito humano à saúde, o informe apresenta que o direito fundamental à saúde se encontra nos princípios da constituição da OMS e que para este seja alcançado, é necessária a cobertura universal como preconizado na Declaração de Alma-Ata (1978), apresentada no informe de 2008 sobre a Atenção Primária à Saúde (APS).

Nos mecanismos inovadores de financiamento para se utilizar na área da saúde, o informe coloca a taxação de impostos em produtos extremamente prejudiciais à saúde, como o tabaco e as bebidas alcoólicas.

O uso irracional de medicamentos, não só conduz ao sofrimento e à morte, como também inviabiliza a utilização de recursos para intervenções eficazes e baseadas em evidências.

Considerando que o custo do profissional nas unidades de saúde chega a cerca de 50% do total, a escassez de profissionais de saúde é muitas vezes um importante

fator para o fortalecimento risco à saúde pública. O recrutamento impróprio, formação inadequada, má supervisão e má distribuição dentro dos países também podem minar a eficiência do sistema, enquanto a remuneração inadequada envolve rotação excessiva ou desgaste.

Outras fontes de custos para o sistema de saúde colocado no informe são o atendimento hospitalar, erros médicos, ineficiência.

Para se aproximar da cobertura universal o informe refere-se à importância da solidariedade social expressa por meio do engajamento político, com uma demanda da sociedade e a participação ativa da mesma.

#### 17 - Informe – 2011

O tema escolhido para o informe de 2011 se deve a relevância epidemiológica das deficiências e incapacidades em todo o mundo.

As pessoas com incapacidades têm os piores resultados em saúde, acadêmicos, participação econômica e, taxas mais altas de pobreza, resultantes dos obstáculos a essas pessoas aos serviços, em especial, à saúde, educação, emprego, transporte ou informação.

O informe foi produzido pela OMS e Banco Mundial para proporcionar dados destinados à formulação de políticas e programas que melhorem a vida das pessoas com incapacidades para aplicação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com incapacidades, em vigor desde 2008.

Propôs-se medidas para governos, organizações da sociedade civil e organizações de pessoas com incapacidades.

Os grupos vulneráveis, segundo o informe, são os mais sujeitos a incapacidades. Esta é uma observação óbvia, pois sendo vulnerável, estará menos protegido das prováveis violações. Assim, os pobres, mulheres, anciões, pessoas com pouca renda, sem trabalho ou pouca formação acadêmica terão maiores riscos de incapacidades.

A criação de ambientes favoráveis é colocada no informe como fundamental para a inclusão deste grupo vulnerável para que se possa viver uma vida digna de ser vivida. Nesta criação, o informe apresenta a interdisciplinaridade e envolvimento multiprofissional para a transformação e realização.

## 18 - Informe – 2012

O informe anual de 2012 não se encontrou disponibilizado nos sites da OMS. O periódico *Plos Medicine* manifesta na sua publicação do editorial de dezembro de 2012 ser decepcionante ver que o Informe Mundial da Saúde de 2012 não existiria, pelo menos como inicialmente previsto. Para o periódico, as razões para os atrasos e para as mudanças no escopo da principal publicação da OMS, não ficaram claras.

## 19 - Informe – 2013

No informe de 2013, a OMS aborda as investigações para uma cobertura universal de saúde. Este informe destina-se a compreensão das metas de cobertura universal da saúde: aos que financiam a pesquisa para esta cobertura, à investigação e ou que gostariam de investigar e aqueles utilizam os resultados da investigação. Mostra como a pesquisa para a saúde, em geral, apoia a pesquisa para a cobertura universal de saúde em particular.

O mesmo apresenta que no ano de 2005 todos os Estados membros da OMS assumiram o compromisso de alcançar a cobertura de saúde universal. No entanto, esta cobertura de saúde e proteção contra riscos econômicos, está muito distante do que se entende por cobertura universal. Deve-se considerar que o direito humano à saúde está diretamente apoiado na equidade e cobertura universal.

O informe apresenta uma revisão histórica sobre a posição da OMS com relação ao direito humano à saúde, que apesar de se mostrar universalista por sua própria definição como um direito fundamental, vem evoluindo com: 1) a apresentação da declaração de Alma-Ata, em 1978; 2) a ideia de toda pessoa deva ter acesso a um sistema de saúde (2005); 3) a função central da atenção primária no informe de 2008; 4) o informe de 2010 sobre o sistema de financiamento do sistema de saúde, objetivando a garantia do acesso ao serviço de saúde e proteção econômica (2012) e 5) este informe de 2013 sobre as pesquisas relacionadas a cobertura universal de saúde.

O informe apresentou que sua finalidade não é determinar a distância entre a cobertura atual e a universal, mas definir as perguntas e respostas para se acelerar o progresso à cobertura universal.

Fica clara a posição dos direitos humanos e valores culturais colocados pelo informe como uma das ancoras das investigações para a cobertura universal da saúde.

Apresentou-se que a falta de incentivos pode estar vinculada aos direitos de propriedade intelectual. A proteção das ideias novas como a propriedade intelectual fomenta o desenvolvimento de novos medicamentos e tecnologias. No entanto, os produtos são vendidos àqueles que podem comprar, excluindo os que mais necessitam.

A pesquisa possibilita um caminho até a cobertura universal de saúde e melhoria da mesma.

#### 20 - Informe – 2014

O mesmo observado com relação ao informe mundial de 2012, no ano de 2014 não foi encontrado no site da OMS, utilizando-se os recursos de busca que possibilitaram encontrar os demais informes. Não se encontrou explicações pelo mesmo não estar apresentado ou publicado.

Isso nos leva a conjecturar que os informes deixaram de ser anuais para bianuais.

#### 21- Informe – 2015

O envelhecimento foi o tema do informe anual de 2015, considerando uma realidade atual, na qual as pessoas podem viver mais que 60 anos. Frente ao envelhecimento e aos desafios de saúde, este informe se propôs a formular políticas para a população que envelhece e para os serviços a serem prestados.

As incapacidades resultantes do envelhecimento estão relacionadas com a idade cronológica apenas vagamente. O informe apresenta que estas incapacidades possam ser muito mais resultantes dos fatos ocorridos durante o curso e ciclo da vida das pessoas do que pela cronologia.

Também se apresentou que o envelhecimento saudável é muito mais que a ausência de doenças, sendo muito mais importante a manutenção da capacidade funcional.



Uma diferença importante das razões de aumento da longevidade foi observada em países de baixa e média renda (redução da mortalidade infantil e das doenças infecciosas) e países de alta renda (redução da mortalidade do idoso).

São apresentadas propostas para a qualidade de vida, tais como a boa nutrição e atividade física.

Apesar dos marcos jurídicos internacionais sobre o envelhecimento desde 2002, são baixos os níveis de formação em geriatria e gerontologia nas profissões de saúde, apesar do aumento de idosos na população.

A questão dos direitos humanos foi apresentada diretamente no informe, colocando-se que os direitos estão relacionados entre si e são interdependentes e inalienáveis.

Pode-se observar uma confluência e complementariedade de abordagens entre a ONU e OMS com relação aos vários aspectos envolvidos nos direitos humanos e qualidade de vida do indivíduo idoso e conseqüentemente, de toda a sociedade como um todo. Propôs-se assim um conjunto amplo de ações a serem executadas para se conseguir os objetivos desejados.

No informe se pode observar além da violação do direito à saúde do idoso, violações em cascata, como a violação do direito de gênero da mulher que se torna a cuidadora e precisa renunciar ao trabalho. Os direitos humanos das pessoas idosas estão elencados como uma parte fundamental do informe de 2015. Este direito, apesar de consagrado no direito internacional, é violado frequentemente do ponto individual, comunitário e institucional, pois os idosos frequentemente sofrem estigma e discriminação. Também se apresenta o enfoque da saúde nos direitos humanos, visto de uma forma ampla que abrange fatores socioeconômicos para promoção de condições para se viver uma vida com saúde.

Quanto a real efetivação dos direitos humanos dos idosos, o informe apresenta que se requer integrar a ideia central do idoso participando ativamente e tomando as decisões sobre sua saúde e bem-estar, no mesmo conceito da saúde pública centrada na pessoa.

O informe concluiu que é necessária uma saúde pública integral sobre o envelhecimento, requerendo a transformação dos sistemas de saúde de modelos curativos centrados nas doenças, numa atenção integrada e centrada na pessoa do idoso.

Dividiram-se as análises dos informes em dois decênios para avaliar se com as transformações rápidas que ocorrem no mundo atual havia uma variação da temática dos informes. Observou-se que se manteve uma semelhança quanto a temática abordada, pois no primeiro e segundo decênios, estudou-se temas amplos, domínios da área da saúde e situação global de grupos vulneráveis.

No quadro 8 apresentamos os elementos direito humano à saúde, bens materiais e imateriais necessários para tal, pré-requisitos para o direito humano à saúde (os outros direitos) e os informes que estes elementos aparecem de forma objetiva ou indireta.

Quadro 8 - Elementos guias para a investigação da saúde e direito humano à saúde na OMS e relação com bens materiais e imateriais presentes nos informes da OMS 1995-2015.

<b>SAÚDE</b>	<b>DIREITO HUMANO À SAÚDE</b>	<b>Bens necessários</b>	<b>Informes – ano</b>
Elementos constituintes da saúde – OMS (Carta de Ottawa – 1986)	Bem-estar físico, social e mental	Bens materiais e imateriais	1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2013, 2015
Pré-requisitos (outros direitos humanos)	Paz, recursos econômicos adequados, alimentação e moradia e uso dos recursos ecossistema estável e sustentável, direitos de gênero	Bens materiais e imateriais	1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2003, 2004, 2005, 2006, 2008, 2015
Promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação	Perspectivas políticas – Políticas públicas de saúde	Bens materiais e imateriais	1995, 1998, 1999, 2001, 2002, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2013, 2015

Pela observação do quadro 8 observa-se que mesmo não tendo um discurso oficial de direitos humanos, a OMS tem na sua essência uma meta de contemplar o direito humano à saúde.

Recorremos a OMC e OMPI para analisar a questão dos direitos humanos. O estudo destas organizações não detalhado como da OMS, pode ser motivo de outros trabalhos de investigação. Voltou-se ao mesmo, pois não poderíamos conceber discutir saúde sem recorrer a bens materiais, sendo fundamental o papel da OMC e, bens materiais e imateriais, o da OMPI.

Passamos a sumarizar nossa revisão com relação a estas organizações e relação direta com direitos humanos.

### OMC e Direitos Humanos

Há aparentemente uma longínqua distância entre o comércio internacional e os direitos humanos. Se não por outra razão, porque pelos princípios que regem a instituição parece muito clara a defesa dos interesses das potências hegemônicas.

Mesmo na Organização Mundial do Comércio, em que a ampla participação dos países em desenvolvimento ajuda os membros economicamente mais fracos a negociar em conjunto e a resistir a pressões, os países em desenvolvimento têm dificuldade em fazer seus interesses serem levados em consideração. Em teoria, a OMC é democrática, pois os votos de todos os membros são iguais. Mas, na realidade, não é fácil a participação igualitária dos países em desenvolvimento.

Os países pobres com frequência são obrigados a fazer concessões para poder negociar com os mais ricos. Assim, na prática, as novas normas comerciais pendem a favor dos ricos, e não refletem necessariamente os interesses de longo prazo dos países mais pobres e seus cidadãos.

As normas da OMC afetam os direitos humanos principalmente ao restringir a capacidade dos governos de regulamentar ou tomar outras medidas para promover o respeito a esses direitos em seus países. Na verdade, ao promover o “livre-comércio”, tanto os acordos da OMC, quanto os bilaterais buscam afastar de uma vez quaisquer possíveis interferências de regulamentação no livre fluxo de bens e serviços, limitando assim a capacidade dos governos de adotar regras favoráveis ao desenvolvimento, à proteção ambiental e à defesa dos setores vulneráveis da sociedade.

A proteção econômica de fórmulas químicas através de patentes resultou em diminuição do acesso a medicamentos pela população de Estados em desenvolvimento, em violação ao direito à saúde desses indivíduos. Sobre a temática, e após grande

pressão dos Estados em desenvolvimento e menos desenvolvidos, foi aprovada em 2001 a Declaração de Doha sobre o TRIPS e a Saúde Pública. Através da Declaração, os membros reconheceram a gravidade de problemas de saúde pública que afetam os Estados em desenvolvimento e menos desenvolvidos, e concordam que o TRIPS deva ser interpretado e implementado de forma a apoiar o direito dos membros de proteger a saúde pública e promover o acesso a medicamentos, inclusive através de mecanismos de flexibilização do Acordo.

O informe da OMS de 1997 apresentou os acordos comerciais administrados pela OMC, vários destes com implicações para o setor da saúde, em especial as relativas a suas normas. Para os autores, visando garantir os regulamentos nacionais de saúde e segurança, não constituem uma forma disfarçada de protecionismo, tais como acordos sobre barreiras técnicas ao comércio e às medidas sanitárias e fitossanitárias, encorajando os países a utilizar as normas de qualidade e segurança internacionalmente aceitas. Eles abrangem itens relacionados com a saúde como medicamentos, expansão do comércio internacional de serviços. A UNCTAD e a OMS, em 1996, lançaram em conjunto um projeto sobre o comércio internacional de serviços de saúde. Após uma análise e estudos de casos globais, o plano se propôs examinar os problemas e as oportunidades que os países em desenvolvimento enfrentam no comércio de serviços de saúde, bem como os benefícios sociais associados e desvantagens, como base para o fortalecimento da capacidade dos países em desenvolvimento em maximizar os benefícios líquidos

A OMC é, ao mesmo tempo, uma causa e uma consequência da chamada globalização. *Causa*, porque a OMC ordena o comércio mundialmente, tornando possível a globalização das trocas comerciais. *Consequência*, porque a globalização das trocas comerciais exigiu a criação de uma instância que as organizasse.

A globalização como fator de propagação e aceleração da transição dos riscos é apresentada no informe da OMS de 2002. Produtos e hábitos de vida importados ou imitados de outros países levam a que os riscos denominados “riscos ocidentais”

passam a serem “riscos mundiais”, trazendo grande instabilidade para a saúde dos países em desenvolvimento<sup>809</sup>.

Um autor que traz luz para a discussão OMC, direitos humanos e globalização é o educador americano Noam Chomsky. Para o autor, na globalização, esta “globaliza” a estrutura do terceiro mundo. Chomsky apresenta que a democracia está sendo atacada em todo o mundo, sem excluir os países industrializados, ainda mais, quando menos. A democracia bem entendida oferece oportunidades para que todos governem seus próprios assuntos, coletivos ou privados. Algo similar se sucede com os mercados, já que os ataques contra a democracia e os mercados estão relacionados entre si. Têm na sua raiz no poder das grandes corporações, que são totalitárias em sua estrutura interna, estando cada vez mais interconectadas umas com as outras e dependem cada vez de Estados poderosos, e que no fundamento, não hão de responder em nada ante seu público. Seu poder que já é imenso, está crescendo ainda mais como resultado de uma política social que “globaliza” o modelo do terceiro mundo, com setores que concentram a riqueza e os privilégios de um incremento paralelo de “porcentagem dos que trabalham sofrendo a dureza da vida e, em segredo, suspiram por uma distribuição mais equitativa das bênçãos”<sup>810</sup>. Os mercados são sempre uma construção social e, articulados especificamente pela atual política social, devem servir para limitar o funcionamento democrático, como sucede com os acordos da OMC e outros possíveis instrumentos futuros<sup>811</sup>.

Um órgão, como a OMC que possibilita e ordena a globalização, como mostra o parágrafo acima, não pode estar em consonância com direitos humanos.

## OMPI e Direito Humano à Saúde

---

<sup>809</sup> ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 29/12/2015. p. 5.

<sup>810</sup> CHOMSKY, Noam. La democracia de mercado en el sistema neoliberal: realidad y doctrina. In: Chomsky, Noam. La(des)educación. Barcelona: Austral, 2013. p. 160- 161.

<sup>811</sup> *Ibidem*, p. 184.

A definição de propriedade intelectual mostra uma complexidade mesmo nos dias atuais por ainda se levar em conta uma abstração em relação à concretude da propriedade material.

Em 1994, a Rodada do Uruguai culminou com a criação da OMC e a OMPI, e a assinatura de diversos acordos multilaterais, dentre eles, o Acordo TRIPS. O Acordo TRIPS apresenta duas características importantes: primeiro, estabelece regras sobre os direitos de propriedade intelectual, que são mais rígidas do que aquelas vigentes na ocasião nos países desenvolvidos; segundo, não reconhece a liberdade de cada país membro de adotar um arcabouço legislativo que favoreça o seu desenvolvimento tecnológico. Além disso, diferentemente da CUP, a OMC passa a dispor de mecanismos para penalizar seus membros que não cumprirem as regras estabelecidas nos acordos.

Com relação aos direitos humanos, por ser *invisível* ou menos *visível*, o direito à propriedade decorrente do intelecto levou mais tempo até se consolidar como “legítimo direito fundamental”.

Devemos lembrar que para que o direito humano à saúde seja contemplado, os princípios do cuidar devem ser contemplados conjuntamente. Nestes princípios teríamos a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento das mesmas. No tratamento, os medicamentos podem ser necessários dependendo do tipo de doença presente.

A relação entre OMPI e direito humano à saúde parece-nos clara quando verificamos que o acesso a medicamentos, pois estes, quando bem indicados, podem ser uma possibilidade de se restabelecer a saúde, prologar a vida ou evitar a morte.

Para abordarmos o acesso a medicamentos, temos que nos voltar ao Acordo TRIPS. O Acordo TRIPS da OMC acarretou importantes mudanças nas normas internacionais referentes aos direitos de propriedade intelectual.

O artigo 30 do Acordo TRIPS estabelece os limites aos direitos conferidos pela patente, o que possibilita a implementação de flexibilidades como “uso experimental” e “exceção Bolar”.

Para garantir o acesso a medicamentos, a possibilidade de uso de licença compulsória revela-se como um dos mais importantes mecanismos, tendo em vista a redução de preços de produtos e, por consequência, maior probabilidade de acesso a tais bens essenciais. Licença compulsória é uma autorização governamental, que permite a

exploração por terceiros de um produto ou processo patenteado sem o consentimento do titular da patente, conforme estabelece o artigo 31 do Acordo TRIPS.

O Acordo TRIPS se caracteriza também por não reconhecer a liberdade de cada país signatário de adotar uma estrutura legislativa que beneficie o seu desenvolvimento tecnológico, uma vez que deixou pouca flexibilidade para instituição de regimes de propriedade intelectual internos, reduzindo as margens de manobra dos governos que pretendiam acelerar o acesso a novas tecnologias em busca de uma melhoria no padrão de vida de seus cidadãos.

A Declaração de Doha reconhece a “gravidade” dos problemas de saúde pública que afligem países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento. Embora reconheça o papel da proteção à propriedade intelectual “para o desenvolvimento de novos medicamentos”, a Declaração se preocupa especificamente com os possíveis efeitos sobre os preços. Afirma que o Acordo TRIPS não pretende e não deve impedir que seus membros tomem medidas para proteger a saúde pública.

A mesma energia e fúria com que se defende a propriedade intelectual, enquanto direito fundamental absoluto, pode ser observada na aplicação de medidas de combate à ameaça do direito. É preciso, no entanto que se atente para uma mudança fundamental que vai ocorrer a partir do momento em que os produtos da propriedade intelectual passam a ser absolutamente essenciais no contexto econômico global<sup>812</sup>.

Em relação à propriedade intelectual na área da saúde podemos lembrar, como exemplo, que na pesquisa e criação de medicamentos estão envolvidos a propriedade intelectual do pesquisador e da indústria farmacêutica. Ressalta-se que na sua maioria o pesquisador, uma vez contratado pela indústria cedeu seus direitos de propriedade intelectual para a indústria.

Com relação à propriedade intelectual dos profissionais da área da saúde em nenhum momento da revisão literária esta foi considerada. Propriedade intelectual só foi considerada a partir de geração de produtos concretos, como medicamentos e patentes.

---

<sup>812</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 187.



O saber do profissional, que constitui sua propriedade intelectual, não foi ao menos levantado como uma variável a ser considerada. A nosso ver, essa desvalorização das potencialidades humanas, da riqueza humana, como se refere Herrera Flores, mostra uma característica forte de uma visão capitalista da instituição OMPI.

#### OMS, OMC e OMPI e Direito humano à saúde

Em 2013, pela primeira vez as três organizações intergovernamentais globais relacionadas com a propriedade de saúde, intelectual e comércio colocaram seus conhecimentos em um estudo sobre as políticas necessárias para avançar tecnologias nas áreas da medicina e da saúde e garantir que elas atinjam os necessitados.

O informe dessa reunião conjunta abordou o direito humano à saúde, provavelmente por influência da OMS, quando apresentou que a formulação de políticas públicas já não se limita às questões básicas de garantir o acesso a medicamentos essenciais e desenvolver tratamentos para doenças negligenciadas para que os mais afetados, os mais pobres, de forma que possam acessá-los a preços acessíveis. Além do acesso a medicamentos, tecnologias e patentes fazem parte do rol para a não violação ao direito humano à saúde.

Poderemos encarar como algo positivo essa aproximação, desde que não se restrinja única reunião e atenda exclusivamente a interesses do mercado, propiciando um maior afastamento para se contemplar o direito humano à saúde, mesmo que nas narrativas se invisibilize a violação deste direito.

Apesar de positivo a aproximação entre as três instituições, o mesmo ocorrido no ano de 2013, não se observou novas reuniões conjuntas entre estas, o que nos leva a questionar a real possibilidade de união para um objetivo comum no direito humano à saúde.

Quando pensamos nas três Instituições (OMS, OMC e OMPI) com relação ao direito humano à saúde, poderíamos recorrer ao esquema Pirâmide de Relações -

população, profissionais da saúde/médicos, Estado e Mercado<sup>813</sup>. Numa abordagem do direito humano à saúde, estariam envolvidos aspectos como a população (cidadãos), profissionais de saúde (envolvimento da OMS e OMPI), Estado (envolvimento da OMS, OMPI e OMC) e Mercado (OMPI e OMC). No Mercado temos os medicamentos indicados, prescritos ou não para um tratamento, equipamentos médicos-odontológicos de suporte, infraestrutura e remuneração dos profissionais.

Os profissionais de saúde, em especial os médicos, num esquema em forma de pirâmide, ocupariam uma posição intermediária entre a população (cidadãos) e o Estado e Mercado (Vide Figura 14). Teríamos assim uma forma clara de ver que as Instituições estão intrinsecamente ligadas.

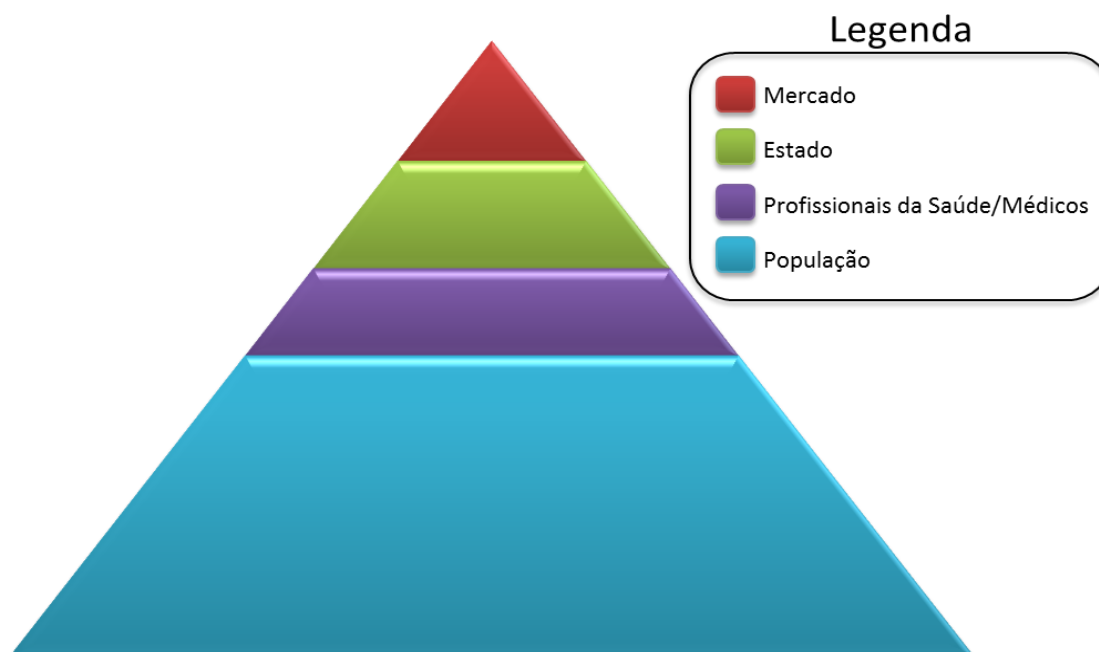


Figura 14 - Pirâmide de Relações - população, médicos, Estado e Mercado.

<sup>813</sup> GONZAGA, Heron Fernando de Sousa. A força do trabalho. Uma análise crítica da OMS quanto ao direito humano à saúde. 1 ed. Arte & Ciências. 2013. p. 120.

Nota explicativa da figura em pirâmide desenvolvida pelo autor: O esquema em forma de pirâmide foi desenvolvido pelo autor para melhor visualização das relações que se estabelecem entre população, profissionais de saúde, o Estado e o Mercado. As proporções foram definidas, com a população na base, numa maior proporção. Os profissionais de saúde, em menor proporção, na camada intermediária entre o Estado e o Mercado. Tanto a população, como os profissionais de saúde e Mercado estão inseridos no Estado. A proporção do Mercado foi colocada próxima a do Estado, como consequência do capitalismo neoliberal estar levando o Mercado a ocupar espaços cada vez maiores no Estado. A pirâmide tem como objetivo mostrar as relações que se estabelecem entre as categorias envolvidas.

As análises dos informes da OMS nos permitem concluir que, mesmo sendo alertados por evidências, os Estados não se mobilizam para o enfrentamento e prevenção dos acontecimentos por vir. Poderíamos num primeiro momento pensar que com relação à saúde e doença este seria um comportamento diferente, mas quando se avalia que estaria envolvido o cumprimento do direito humano à saúde e, portanto, com tantos outros direitos imbricados, a lógica vigente, em especial a do sistema capitalista, vem a colocar a acumulação do capital sempre acima da dignidade humana. No entanto, a OMS cumpre o seu papel em alertar os Estados membros da mesma.

Com relação a OMC e a OMPI, o estudo realizado mostra um comprometimento com o capital, com o mercado e não com o direito humano à saúde. Quando se voltam ao direito humano à saúde, restringem-se a medicamentos, sendo este apenas um “pilar” do cuidado, obviamente com sua importância, mas não atendendo o cuidado desde a promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Em 2015, o tema multidimensional dos seres vivos, onde se inclui, o ser humano, retorna na “Conferência das Nações Unidas sobre a mudança climática” de Paris. Evidente associação pode ser observada, quando se entende o ser humano em toda a sua dimensão e não mais apenas com aspectos biológicos, mas sim como um ser numa dimensão biológica, psíquica, social, cultural, ecológica e espiritual.

Observa-se nos informes da OMS um consenso global de que problemas de saúde é em si uma dimensão importante da pobreza e ao mesmo tempo, que problemas de saúde contribuem para a pobreza.

Portanto, cabe lembrar-se do direito ao desenvolvimento, que pela “Declaração do Direito ao desenvolvimento” adota uma postura de síntese e de equilíbrio, combinando uma faceta individual e outra coletiva. A concepção mais aceita é a que toma o direito ao desenvolvimento como síntese dos direitos humanos já existentes. Essa visão expansiva supõe a necessária interdisciplinaridade e a interdependência entre todos os direitos humanos, transformando-os em representante último desta síntese<sup>814</sup>.

---

<sup>814</sup> PRONER, Carol. Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007. p. 304-5.

O direito à saúde insere-se numa dimensão social, fruto da evolução dos direitos humanos fundamentais e do conceito de cidadania plena. O direito à saúde pode ser considerado o direito humano e social mais importante, de caráter universal, essencial e inafastável, porque umbilicalmente ligado ao direito à vida, o que se percebe por seus antecedentes históricos e pelo alto nível de normatização da matéria no âmbito dos direitos interno e internacional. A saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais<sup>815</sup>.

Em Medicina, muitas vezes se elege uma das manifestações da doença para se estudar a prevalência ou a recrudescência da mesma. Como exemplo, para se conhecer a recidiva, ou a volta da prevalência da sífilis, bem como a assistência pré-natal, estuda-se a ocorrência da sífilis congênita. A sífilis é classicamente adquirida por via sexual (na sua grande maioria), transmissão sanguínea, acidentes profissionais e manuseio de lesões sifilíticas (inoculação acidental). Se a gestante adquirir a sífilis, e não for tratada até o 4º mês de gestação, a criança pode nascer com a sífilis congênita ou esta, manifestar-se até o 1º ano de vida (sífilis congênita recente) ou após o 1º ano de vida (sífilis congênita tardia). O diagnóstico da sífilis congênita por ser clinicamente aparente (*visível*) é um bom indicativo para mostrar a recrudescência da doença, bem como da assistência materno-fetal (se está sendo adequada ou inadequada). Por essa razão a sífilis congênita poder ser usada como “sentinela” para diagnóstico da doença<sup>816</sup>. Utilizando este modelo da sífilis congênita como “sentinela”, podemos fazer uma analogia com os direitos humanos.

Considerando o binômio saúde-doença poder ser colocado como *invisível* (saúde) e *visível* (doença), sendo que muitas vezes a violação do direito humano à saúde ser responsável pela doença, poderíamos propor o direito humano à saúde para ser

---

<sup>815</sup> ORDACGY, André da Silva. O direito humano fundamental à saúde pública. Disponível em:< <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-ublica.pdf>>. Acesso em 04/07/2016.

<sup>816</sup> SAMPAIO, Sebastião Almeida Prado; RIVITTI, Evandro Ararigboia. Dermatologia. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 654- 666. p. 654, 661, 662.

utilizado como “sentinela” para se avaliar se outros direitos humanos, além do direito humano à saúde, estão sendo contemplados ou violados.

Finalizamos nossas considerações acreditando que a OMS tem na sua estrutura uma visão implícita de direitos humanos com relação à dignidade humana, buscando as condições materiais e imateriais de se viver uma vida digna de ser vivida. Sendo um órgão de orientação pode ser uma possibilidade de liderança na dependência de outras instituições como a OMC e OMPI e, fundamentalmente, através dos seus Estados membros, com suas políticas públicas para o atendimento de tal direito.

## BIBLIOGRAFIA

### Livros

ABRAMOVICH, Víctor; CURTIS, Christian. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Editorial Trotta, 2002.

ANZIEU D. O Eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2. Ed., 2001.

BERMUDEZ, J.; EPSZTENJ, R. OLIVEIRA M.A. HANSEN, C. Acordo trips da OMC e proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: escola nacional de saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

BLOCH, Ernst. *O Princípio Esperança. Volume 1*. Rio de Janeiro: UERJ Contraponto, 2005.

CHANG H.J. Chutando a escada, estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

CHOMSKY, Noam. La(des)educación. Barcelona: Austral, 2013.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France, 1973-1974. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. *Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber*. Madri: Siglo XXI, 2009.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. 11. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997.

\_\_\_\_\_. *Nascimento da Biopolítica*. Curso dado no College de France (1978-1979), Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. 27 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.

GIORGI, Gabriel; RODRIGUEZ, Fermín (comps). *Ensayos sobre biopolítica – excesos de vida*. Buenos Aires: Paidós, 2007.

GONZAGA, Heron Fernando de Sousa. *A força do trabalho. Uma análise crítica da OMS quanto ao direito humano à saúde*. 1 ed. São Paulo: Editora Unimar e Arte & Ciência, 2013.

HERRERA FLORES, Joaquín. *A (re)invenção dos direitos humanos*. Florianópolis: Fundação Boiteux IDHID, 2009.

\_\_\_\_\_. *El vuelo de anteo – derechos humanos y crítica de la razón liberal*. Bilbao: desclée. 2000.

\_\_\_\_\_. *La reinención de los derechos humanos*. Andalucía: Atrapasueños, 2008.

\_\_\_\_\_. *Los Derechos humanos como productos culturales*. Madrid: La catarata, 2005.

\_\_\_\_\_. *Teoria Crítica dos Direitos humanos. Os direitos humanos como produtos culturais*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

KOTLER, Philip. *Administração de marketing: a edição do novo milênio*. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

MANENTE, Ruben Rockenbach; DIAS, Jefferson Aparecido; SUXBERGER, Antônio Henrique Graciano. *Teoria crítica: Das lutas aos direitos*. Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2011.

MORAIS, José Luis Bolzan. Direitos Humanos, Estado e Globalização. In: Rúbio, David Sánchez; Herrera Flores, Joaquín; Carvalho, Salo. *Direitos Humanos e Globalização. Fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica*. 2. Ed. PUCRS, Porto Alegre, 2010.

NEGRI, Antonio. *La Fábrica de Porcelana*. Barcelona: Paidós, 2008.

OLIVEIRA, Silvia Menicucci de. *Barreiras não tarifárias no comércio internacional e direito ao desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. *Direitos Humanos*. 1. Ed. Saraiva, 2010.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos: desafios da ordem internacional contemporânea*. Caderno de Direito Constitucional. Direitos humanos. EMAGIS: Curitiba. 2006.

PRONER, Carol. *Propriedade Intelectual: para uma ordem jurídica possível*. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. *Propriedade Intelectual e direitos humanos: sistema internacional de patentes e direito ao desenvolvimento*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2007.

PRONER, Carol; CORREAS, Oscar. *Teoria crítica dos Direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores*. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

ROSALES, Angel Alfonso et al. *Estado de los derechos humanos de salud de la Costa Caribe Nicaragüense*. 1a ed. Managua: PAVSA, 2008.

SAMPAIO, Sebastião Almeida Prado; RIVITTI, Evandro Ararigboia. *Dermatologia*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

SÁNCHEZ RÚBIO, David; HERRERA FLORES, Joaquín; CARVALHO, Salo. *Direitos Humanos e Globalização. Fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica*. 2. Ed. PUCRS, Porto Alegre.

SANTOS, Marco Steinert. *Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008.

SHERWOOD, Robert M. *Propriedade Intelectual e desenvolvimento econômico*. São Paulo: Editora Edusp, 1992.

SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 29ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

TACHINARDI, M.H. *A Guerra das patentes*. Rio de Janeiro: Editora paz e terra; 1993.

TOMMASI, Antônio Fernando. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2ª Ed., Pancast, São Paulo, 1989.

TORRES ALIAGA, Tomás M; TORRES SECCHI, Alícia M. *Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008*. Formosa: Ideas Gráficas, 2010.

### **Artigos de Revistas científicas**

BARRETO, Ana Cristina Costa. *Direito à saúde e patentes farmacêuticas*. *Aurora*, 7: 1-11, 2011.

BERTA, Sandra Letícia; ROSA, Miriam Debieux. *Angústia e luto no exílio político*. *Revista Textura*, São Paulo, ano 5, n. 5, p. 52-56, 2005.

BOHLEBER, Werner. *Recordação, trauma e memória coletiva: a luta pela recordação em psicanálise*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(1): 154-175, 2007.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica*. *História, Ciências, Saúde*, 9(2):315-33, maio-ago. 2002.

CORREA, Carlos M. *O acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento*. *SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos*. 3: 226-39, 2005.



- DOMMEN, Caroline. Comércio e direitos humanos: rumo à coerência. SUR - REVISTA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. 2(3): 6-25, 2005.
- GIACÓIA JR, Oswaldo. O infinito campo hermenêutico. *Ciência & Cultura*, 67(1): 26-28, 2015.
- GIAMI, Alain. A Medicalização da Sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da Medicina ou História da Sexualidade? *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 269, 2005.
- HERZLICH, Claudine. Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2): 194, 2005.
- LOUREIRO, Inês. Em busca de uma noção de experiência. *Ciência & Cultura*, 67(1): 28-32, 2015.
- McDOWELL, Ian; SPASOFF, Robert A.; KRISTIANSOON, Betsy. On the Classification of Population Health Measurements. *Am J Public Health*, 94(3): 390, 2004.
- MARIA, Carmen Elisa Escobar. El inconsciente freudiano y sus destinos. *Tempo psicanalítico*, 42(2): 403-24, 2010.
- NOVAES, Washigton. Eco-92: avanços e interrogações. *Estud. av.*, 6(15): 80, 1992.
- PASTORES, Jassanam Amoroso Dias. A presença schopenhaueriana no pensamento de Freud. *Ciência & Cultura*, 67(1): 18-25, 2015.
- PEREIRA, Alexandre Dias. A globalização, a OMC e o comércio eletrônico. *Revista Sequência*, 45: 173-195, 2002.
- PIMENTEL FILHO, Ernesto; VASCONCELOS, Edson. Foucault: Da microfísica à biopolítica. *Revista Aulas*, n. 3, dezembro 2006/março 2007. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1917/1377>>. Acesso em 08/07/2016.
- ROSA, Miriam Debieux; BERTA, Sandra Letícia; CARIGNATO, Taeco Toma; ALENCAR, Sandra. A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 497-511, 2009.

ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v.4, n.2, p. 329 – 348, 2004.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 38, 2007.

SEGRE, Marco; Ferraz, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. v. 31, n. 5, São Paulo, Oct. 1997 (<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>).

SOUZA, Emiliana Aparecida de; GOMES, Eliseudo Salvino. A visão de homem em Frankl. *Revista Logos & Existência: revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 1(1), 50-57, 2012.

TAIAR, Rogério; CAPUCIO, Camilla. A Organização Mundial Do Comércio e os direitos humanos: uma relação possível? *R. Fac. Dir. Univ. SP*, 105: 145 -164, 2010.

THORSTENSEN, Vera. A OMC – Organização Mundial do Comércio e as negociações sobre comércio, meio ambiente e padrões sociais. *Rev. Bras. Polít. Int.* 41 (2): 29-58, 1998.

VEGAS, Márcio Zanardini; AGUIAR, Fernando. A noção freudiana de construção (The freudian notion of construction). *Revista AdVerbum*, 3(2): 125-137, 2008.

## **Dissertações**

BRANDI, Mônica de Oliveira Paiva. *O direito fundamental à saúde e o desenvolvimento social do Brasil*. (Dissertação). Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, 2009.

JORGE, Juliana David. *A construção da associação livre na obra de Freud*. (Dissertação). Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2007.

PEREIRA, Larissa Alcântara. *Direitos Fundamentais Mitigados: Em busca de um novo direito de autor*. (Dissertação). Curitiba: Faculdades Integradas do Brasil - UNIBRASIL, 2010.

## **Sites**

A Carta Internacional dos Direitos Humanos, Década das Nações Unidas para a Educação em matéria de Direitos Humanos 1995|2004, n. 2; p. 8. Disponível em:<[http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha\\_Informativa\\_2.pdf](http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf)>. Acesso em 18/9/2012.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm)>. Acesso em 18/9/2012.

ÁVILA, Lazslo Antonio. O telescópio e o caleidoscópio: o inconsciente em Freud e Groddeck. *Psicol. USP*, 10(1): 157-68, 1999. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641999000100008&script=sci_arttext) >. Acesso em 21 de jun, de2015.

BATISTA, Vanessa Oliveira; LOPES, Raphaela de Araújo Lima. Direitos humanos: o embate entre teoria tradicional e teoria crítica. Disponível em:<<http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=0a743fa0de869f27>>. Acesso em 29/05/2016.

BYASS, Peter; KAHN, Kathleen; IVARSSON, Anneli. The Global Burden of Childhood Coeliac Disease: A Neglected Component of Diarrhoeal Mortality? *PLoS One*, 6(7): e22774. Epub 2011 Jul 26. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21818388> >. Acesso em 20/12/2012.

CHAVES, Gabriela Costa; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; HASENCLEVER, Lia; MELO, Luiz Martins. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 257-267, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 31/05/2015. p. 259.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE A MUDANÇA CLIMÁTICA. Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/cop21/>>. Acesso em 13/02/2016.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL – CF – 1988. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Da Seguridade Social. Seção II. Da Saúde. Art. 96. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/constituicao\\_federal/cf196a200.htm](http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm)>. Acesso em 20/9/2012.

DEIRO, Daniel Girardi; MALLMANN, Maria Izabel. O GATT e a Organização Mundial do Comércio no cenário econômico internacional desde Bretton-Woods. Disponível em: < <http://www.pucrs.br/ffch/neroi/artigodaniel.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.

GÓMEZ, Carlos Minayo; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque Ecológico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar. INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - v.1, n.1, p. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.interfacehs.sp.senac.br/>>. Acesso em 18/9/2012.

HEALTH PROMOTION GLOSSARY. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)>. Acesso em 18/9/2012.

HERNANDEZ, Matheus de Carvalho. A relação entre direitos humanos e globalização: uma breve análise. Disponível em: <<http://www.anpuhsp.org.br/sp/downloads/CD%20XIX/PDF/Autores%20e%20Artigos/Matheus%20de%20Carvalho%20Hernandez.pdf>>. Acesso em 29/05/2016.

La OMS, la OMPI y la OMC publican un estudio sobre innovación en el ámbito de la salud y acceso a los medicamentos. Disponível em: <[http://www.wto.org/spanish/news\\_s/news13\\_s/trip\\_05feb13\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/news_s/news13_s/trip_05feb13_s.htm)>. Acesso em 23/3/2013.

LUCENDO, Alfredo José; REZENDE, Livia Cristina. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease. *World J. Gastroenterol.*, 15(17): 2081-8, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678578/pdf/WJG-15-2081.pdf>>. Acesso em 20/12/2012.

MANUAL DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - ABIMAQ/IPD-Maq 3. Núcleo de Apoio ao Patenteamento. Disponível em: <<http://www.abimaq.org.br/Arquivos/Html/IPDMAQ/10%20Propried%20Ind,%20Manual%20-%20IPDMAQ.pdf>>. Acesso em 23/3/2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES – Sistema de informações de Recursos Humanos para o SUS (SIRH) e bases demográficas do IBGE. P. 239. Disponível em

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em 30/7/2012.

ORDACGY, André da Silva. O direito humano fundamental à saúde pública. Disponível em: < <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>>. Acesso em 04/07/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA PROPRIEDADE INTELECTUAL. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/ompi/> >. Acesso em 01/02/2014.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 28/12/2015.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 02/11/2015.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1) >. Acesso em 02/11/2015.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2005/02\\_contents\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/02_contents_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 13/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2005/04\\_chap2\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/04_chap2_es.pdf?ua=1)>. Acesso em 26/01/2016.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em 11/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2005/02\\_contents\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2005/02_contents_es.pdf?ua=1)>. Acceso em 26/12/2015.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Disponible em: <<http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>> Acceso em 23/5/2012.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - Un porvenir más seguro. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2007/07\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf?ua=1)> Acceso em 27/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Disponible em: <[http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)> Acceso em 28/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2009 - Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponible em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/report/web\\_version\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf?ua=1)> Acceso em 30/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2010 - La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Disponible em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf)> Acceso em 31/01/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2011 - Informe mundial sobre la discapacidad. Disponible em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)>. Acceso em 01/02/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2012. Disponible em: <[http://www.caescor.com/web/Noticias/Informe\\_sobre\\_la\\_salud\\_en\\_el\\_mundo\\_2012-61.aspx](http://www.caescor.com/web/Noticias/Informe_sobre_la_salud_en_el_mundo_2012-61.aspx)>. Acceso em 06/02/2016.

ORGANIZACIÓN MUDIAL DE LA SALUD. Disponible em: <<http://www.who.int/whr/2012/es/>>. Acceso em 06/02/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura universal. Disponível em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf) >. Acesso em 06/02/2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El Informe sobre la salud en el mundo 2015 - El envejecimiento y la salud. Disponível em:< [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1)>. Acesso em 08/02/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. Disponível em:< <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/diplomacia-economica-comercial-e-financeira/132-organizacao-mundial-do-comercio-omc>>. Acesso em 27/05/2016.

Promover el acceso a las tecnologías y la innovación en medicina: Intersecciones entre la salud pública, la propiedad intelectual y el comercio. Disponível em:< [http://www.wto.org/spanish/res\\_s/publications\\_s/who-wipo-wto\\_2013\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/res_s/publications_s/who-wipo-wto_2013_s.htm)>. Acesso em 24/3/2013.

PROTOCOLO DE QUIOTO. Disponível em:< <http://www.mma.gov.br/clima/convencao-das-nacoes-unidas/protocolo-de-quioto>>. Acesso em 13/02/2016.

REFUGIADOS E DESLOCADOS INTERNOS. Disponível em:< <http://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atuacao/refugiados-e-deslocados-internos>>. Acesso em 08/12/2015.

The *PLOS Medicine* Editors (2012) The World Health Report 2012 That Wasn't. *PLoS Med* 9(9): e1001317. doi:10.1371/journal.pmed.1001317.

The Universal Declaration of Human Rights. Disponível em:< <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>>. Acesso em 18/9/2012.

The world health report. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015. p. 85.

TRINDADE, Carlos Roberto Calenti. *Biopoder, biopolítica e o Overmundo*. Disponível em: <

<http://www.cencib.org/simposioabciber/PDFs/CC/Carlos%20Roberto%20Calenti%20Trindade.pdf>>. Acesso em 24 fev. 2012.

WHAT IS THE WTO? Disponível em:<[https://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/whatis\\_e.htm](https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/whatis_e.htm)>. Acesso em 27/05/2016.

WHAT WE DO. Disponível em:<[https://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/what\\_we\\_do\\_e.htm](https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/what_we_do_e.htm)>. Acesso em 27/05/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em:<<http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>>. Acesso em: 17/9/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em 19/9/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. GOVERNANCE. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/en/index.html>>. Acesso em: 19/9/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health and Human Rights. Disponível em: <<http://www.who.int/hhr/en/>>. Acesso em: 19/9/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Publications. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/en/>> Acesso em 12/3/2012.

WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION THE BEGGINING. Geneva: World intellectual property organization, 2003. Disponível em:<<http://www.wipo.int/export/sites/www/about-ip/en/iprm/pdf/ch1.pdf>>. Acesso em 05/06/2016.

The world health report – 1995. Bridging the gaps. Report of the director general. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 03/10/2015.

The world health report – 1996. Fighting disease. Fostering development. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1996/en/whr96\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf)>. Acesso em 03/10/2015.

The world health report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Disponível em:< [http://www.who.int/whr/1997/en/whr97\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1997/en/whr97_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 05/10/2015.



The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/1998/en/whr98\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 24/12/2015.

The world health report 1999 - making a difference. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 04/01/2016.

The world health report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Disponível em: < [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 06/01/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report, 2012 < <http://www.who.int/whr/en/index.html>> Acesso em 13/3/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Working for health. Disponível em: < [http://www.who.int/about/brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/about/brochure_en.pdf)>. Acesso em: 19/9/2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Day - 7 April. Disponível em: < <http://www.who.int/world-health-day/en/>>. Acesso em: 19/9/2012.