



Economia Política Internacional da Saúde, autonomia estratégica e segurança nacional

*Health International Political Economy,
strategic autonomy and national security*

DOI: 10.21530/ci.v12n2.2017.641

Raphael Padula¹

Resumo

Partindo do cenário econômico e político internacional da saúde, caracterizado como um ambiente competitivo e conflituoso, mas também concentrado nas mãos de um grupo de Estados e empresas transnacionais, o artigo analisa a importância das relações interestatais e entre Estado e mercado para a autonomia estratégica de Estados periféricos. Em particular, aborda-se a discussão sobre a ampliação da agenda de segurança dos âmbitos estritamente militar e nacional, propondo o conceito de segurança de saúde como fundamental para a segurança nacional, e suas conexões com as seguranças econômica, política, societal e militar. O argumento central sustenta que, diante do cenário internacional de saúde, Estados periféricos devem buscar a construção de um complexo industrial de saúde próprio e conectado ao industrial-militar, para alcançar sua autonomia estratégica e segurança nacional, diminuindo suas vulnerabilidades externas políticas e econômicas. Tal construção passa pela internalização da produção material e não material e da propriedade de empresas. Utilizando o arcabouço da Economia Política Internacional, combinando o estruturalismo econômico com o realismo da política internacional, o artigo se apoia em revisão bibliográfica de conceitos, dados e experiências históricas de países selecionados e de conflitos de interesses no âmbito internacional.

Palavras-chave: saúde; segurança; autonomia estratégica; indústria de defesa

Abstract

Based on the international economic and political scenario of health, characterized as a competitive and conflictive environment, but also concentrated in the hands of a group of States and Transnational Corporations, the paper analyzes the importance of interstate

¹ Programa de pós-Graduação em Economia Política Internacional do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. E-mail: padula.raphael@gmail.com

Artigo submetido em 16/08/2017 e aprovado em 24/08/2017.





relations and state-market relations for the strategic autonomy of periphery states. In particular, the discussion is focused on widening of the security agenda from the strictly military and national issues, proposing the concept of health security as fundamental to national security, and its connections with economic, political, societal and military security. Taking the international health scenario, the central argument holds that peripheral states should seek the construction of an industrial health complex of their own and connected to the industrial-military, to achieve their strategic autonomy and national security, reducing their external political and economic vulnerabilities. Such construction involves the internalization of material and non-material production and ownership of enterprises. Using the framework of the International Political Economy, combining economic structuralism with the realism of international politics, the paper is based on a bibliographical revision of concepts, data and historical experiences of selected countries and conflicts of interest in the international scope.

Keywords: Health; security; strategic autonomy; military industry

Introdução

Partindo do cenário político e econômico internacional da saúde, caracterizado como um ambiente conflituoso e concentrado nas mãos de um grupo de Estados e empresas transnacionais, o artigo analisa a importância das relações interestatais e entre Estado e mercado para a autonomia de Estados periféricos. Em particular, aborda-se a discussão sobre a ampliação da agenda de segurança dos âmbitos estritamente militar e nacional, discutindo também a noção de ameaças e vulnerabilidades diante desse cenário, propondo o conceito de segurança de saúde e sua conexão com as seguranças econômica, política, societal e militar. O argumento central sustenta que, caso queiram alcançar maior autonomia e segurança diante do ambiente internacional de saúde descrito, Estados periféricos devem buscar a construção de um complexo industrial de saúde próprio, conectado ao industrial-militar, internalizando a produção material e não material e a propriedade de empresas.

Para apoiar a argumentação do artigo, é utilizada a perspectiva da Economia Política Internacional, combinando o estruturalismo econômico com o realismo da política internacional, através da revisão bibliográfica de conceitos, dados e experiências históricas de países selecionados e de conflitos de interesses no âmbito internacional.

Além da introdução e das conclusões, o artigo está dividido em quatro seções. Primeiro, aborda-se o cenário econômico e político, com seus potenciais conflitos e vulnerabilidades para os países periféricos. Na seção seguinte, discute-se a





importância da indústria de saúde no âmbito nacional, atrelado ao conceito realista de autonomia estratégica, ressaltando também, de forma breve, as interconexões entre indústrias de saúde e de defesa, utilizando como exemplos Estados Unidos (EUA) e China. Na terceira seção, colocam-se a questão da ampliação da agenda de segurança para além do âmbito militar e a discussão entre segurança nacional versus segurança humana e/ou global, envolvendo o tema da segurança de saúde como fundamental para a segurança nacional, que deve ser o foco principal do Estado em um ambiente internacional anárquico e conflituoso.

Saúde: o cenário político e econômico internacional

A indústria de saúde costuma ter peso importante no produto interno bruto (PIB) dos países. Ainda, é intensiva em tecnologias de ponta (portadoras de futuro) e que se espalham ou conectam a outros setores (de caráter transversal), especialmente a indústria militar, considerando a biotecnologia, a nanotecnologia, o setor nuclear, de materiais, de equipamentos e eletroeletrônicos. Além da dimensão humana, a oferta/demanda dos bens e serviços de saúde possui caráter essencial para o funcionamento e o desenvolvimento da economia, e é considerada estratégica nos Estados fortes e influentes do sistema internacional, ou mesmo nos projetos nacionais de potências emergentes, como China e Índia.

A indústria de saúde global vem registrando continuidade na sua tendência à concentração de propriedade, produção de tecnologias de ponta (patentes) e comércio, nas mãos das grandes empresas farmacêuticas (*big pharmas*) dos países centrais. O processo de crescente concentração na indústria farmacêutica não é uma tendência recente, como aponta Almeida (2013, p. 275):

O mercado global de fármacos é altamente concentrado e polarizado: a) 10 grandes empresas transnacionais produzem cerca de 50% do total do mercado e as 20 corporações mais importantes estão localizadas nos EUA, Reino Unido, Europa e Japão, sendo que cada uma delas tem, em média, cerca de 100 afiliados em mais de 40 países (dos quais 19 são países em desenvolvimento); b) EUA, Europa e Japão respondem por cerca de 75% das vendas e, incluindo-se a América Latina, essa porcentagem sobe para 85%; c) os países desenvolvidos produzem e exportam medicamentos de alto valor agregado e protegidos por patentes e os demais países em desenvolvimento importam esses medicamentos, sendo que alguns produzem genéricos de baixo valor ou medicamentos alternativos e tradicionais.





A análise de mercado aponta para uma crescente demanda por produtos biotecnológicos e da nanotecnologia, de maior valor agregado e intensidade tecnológica, o que os tornam um meio para as grandes empresas do setor farmacêutico seguirem sua rota de crescimento e concentração de mercado e superarem a tendência de redução dos retornos sobre o investimento (inclusive em P&D – pesquisa e desenvolvimento tecnológico). No século XXI, as *big pharmas* vêm cada vez mais se direcionando para os setores de biotecnologia e nanotecnologia nos seus processos de amplas fusões e aquisições na indústria farmacêutica. Tal processo vem sendo reforçado pela troca de ativos entre empresas que buscam a segmentação e especialização de mercados (VARGAS, 2017). Ainda, no período de 2004 a 2011, é registrada uma tendência de crescimento dos depósitos de patentes na área de biotecnologia em saúde. Ao mesmo tempo, essa apresenta altas barreiras à entrada, por razões de dificuldades tecnológicas, custo de desenvolvimento e produção, o que tende a gerar um mercado concentrado com menor número de empresas de maior porte (VARGAS, 2017).

Segundo Vargas (2017), a partir de estimativas e dados da IMS Health (2013), entre 2012-2017, cerca de dois terços do crescimento das vendas globais do mercado farmacêutico deve decorrer do crescimento dos mercados emergentes. E “boa parte desse aumento nos gastos globais com medicamentos estará associado com o crescimento do consumo nos mercados emergentes”, com destaque para a China em primeiro lugar, seguida de Brasil, Rússia e Índia. Essas estimativas colocam em evidência a importância do BRICS como mercado.

As *big pharmas* concentram as atividades e os gastos em P&D, aproveitando escalas de recursos, dominando os mercados de setores de maior valor agregado e intensidade tecnológica, como biotecnologia e nanotecnologia. No Brasil, por exemplo, as grandes empresas transnacionais do setor de capital estrangeiro concentram seus esforços de inovação em seus países de origem (VARGAS, 2017)². A atividade de inovação tem importância fundamental na sustentabilidade de longo prazo da indústria farmacêutica, principalmente diante do cenário de

2 Para Almeida (2013, p. 277), “Não existem evidências de reversão desse padrão de concentração da indústria de fármacos ou de sua atuação agressiva, mesmo nos casos de adoção dos direitos de propriedade (TRIPS, TRIPS-plus e Declaração de Doha) (ex. Tailândia). Como os direitos de propriedade intelectual são harmonizados globalmente, tampouco se comprova a promessa de maior investimento direto nos países que acordaram o fortalecimento desses direitos. A escalada dos preços dos medicamentos é objeto de grande preocupação para a maioria dos países, sobretudo aqueles em desenvolvimento e os mais pobres. Algumas exceções – como Índia, Brasil e Tailândia – têm maior capacidade de produção, entretanto, no caso da produção de genéricos na Índia, com preços bem mais baixos, que a posiciona como um dos maiores fornecedores dos países de renda média e baixa. As compras e fusões de indústrias pelas transnacionais já começou a acontecer”.





esgotamento e expiração de patentes na indústria farmoquímica, associada a um aumento da demanda social e mudanças no perfil epidemiológico. Vale ressaltar que as atividades produtivas e de P&D das *big pharmas* têm como objetivo gerar lucros, critério que não atende às chamadas “doenças negligenciadas”, específicas de países em desenvolvimento.

No entanto, tal processo de crescente concentração não pode ser encarado como um fenômeno de mercado, ou puramente impulsionado pela força econômica de grandes empresas. Desde os anos de 1970, o sistema interestatal vem se tornando cada vez mais competitivo e conflituoso. Tendência reforçada no século XXI com a expansão de potências emergentes – China e Índia –, a retomada de uma política expansiva da Rússia, a crescente oscilação política e divisão da Europa, os surgimentos de Estados, coalizões de Estados e grupos políticos contestadores na periferia, e a política em busca da manutenção ou prolongamento da atual ordem hierárquica por parte dos EUA. Nesse sentido, deve-se acelerar a busca por acesso a mercados e recursos estratégicos na periferia do sistema, incluindo cada vez mais a América do Sul e a África (FIORI, 2013). O sistema internacional pós Guerra Fria seguiu sendo caracterizado pela sua estrutura assimétrica de distribuição de poder e riqueza e pela sua natureza anárquica e competitiva interestatal. Ampliaram-se as divergências de renda, riqueza e tecnologia (revelada no registro de patentes de tecnologias de ponta), ao mesmo tempo em que a atividade industrial se concentrou cada vez mais nos países desenvolvidos e poderosos militarmente (com exceção dos países do sudeste asiático)³, e os conflitos militares não foram eliminados, só se aceleraram (FIORI; PADULA; VATER, 2013). No mesmo sentido, aumentou a dependência econômica e tecnológica dos países subdesenvolvidos, inclusive na área de saúde⁴, e sua diferença de poder militar e político foi se acentuando. Por conta de suas dimensões, mercados e recursos estratégicos, a América do Sul e a África estão inevitavelmente inseridas na crescente competição das grandes potências.

As potências tradicionais e algumas das emergentes vêm promovendo uma série de acordos bilaterais e regionais, principalmente diante das complicações persistentes na conclusão da Rodada de Doha da OMC (Organização Mundial do Comércio). Os acordos regionais que EUA e União Europeia (UE) vêm negociando

3 Ao longo dos anos de 2000, os relatórios anuais da UNCTAD (*Trade and Development Report*) abordam esse processo impulsionado pela liberalização dos anos de 1980 e 1990.

4 Ver Volumes 1 e 5 da série *A saúde no Brasil em 2030...*, organizados por C. Gadelha, J. N. Carvalho, T. R. Pereira, editados pela Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; SAE – Rio de Janeiro.





ou firmando buscam aprofundar a regulação em temas já presentes na agenda da OMC, os chamados “OMC-plus” – regras de origem, salvaguardas, serviços e propriedade intelectual – e “OMC-extra” – que são novos temas, como concorrência, compras governamentais, meio ambiente e legislação trabalhista, sem discutir subsídios agrícolas. Enquanto China e Índia vêm promovendo uma série de acordos, no entanto, mais focados na liberalização de mercados, acesso a investimentos e na regulação de subsídios. Assim, embora os países subdesenvolvidos tenham se articulado e alcançado a Declaração de Doha para flexibilizar o TRIPS em favor da área de saúde (ALMEIDA, 2013, p. 276)⁵, atualmente, as grandes potências, e especialmente os EUA, vêm buscando acordos bilaterais e regionais que buscam estabelecer regras de propriedade intelectual que vão além do TRIPS (conhecidos como “TRIPS Plus”)⁶.

Embora o governo Donald Trump venha promovendo algum grau de reversão, que pode ser temporário, os EUA vêm buscando promover acordos de livre-comércio e arranjos de integração aberta no hemisfério ocidental, na Ásia-Pacífico e no Atlântico Norte⁷. Nas negociações bilaterais, os EUA exercem um poder de barganha

5 Para Almeida (2013, p. 276): “As implicações do Acordo TRIPS para a saúde pública levou os países em desenvolvimento a proporem, e obterem, a adoção da Declaração de Doha, cujas flexibilidades seriam “necessárias à proteção da saúde pública e nutrição”. Isso ocorreu em abril de 2001, quando o governo norueguês sediou uma reunião que incluiu OMS, UNICEF, Banco Mundial, as grandes indústrias farmacêuticas transnacionais e poucas ONGs, para discutir estratégias que possibilitassem melhoria de acesso dos países pobres a drogas e medicamentos de alto custo. Embora a questão de licença compulsória tenha sido considerada, a reunião terminou por aprovar a proposta de ‘preços diferenciados’ para países de baixa renda, que continuou a favorecer a indústria farmacêutica. Essa proposta foi endossada sete meses depois, na reunião do Conselho de Ministros da OMC, em Doha em 2001, que adotou a Declaração de Doha (*o Doha Statement on TRIPS and Public Health*), que reafirmou as flexibilidades previstas no TRIPS para apoiar problemas relacionados à saúde e reiterou os direitos dos países de usarem a licença compulsória para a produção e melhora do acesso aos medicamentos genéricos. O princípio subjacente a essa Declaração é que a saúde pública teria prioridade sobre as regras do comércio internacional e, para tal, afirma a legitimidade da licença compulsória assim como certas flexibilidades no Acordo TRIPS para países que não dispõem de desenvolvimento industrial. A reunião de Doha comissionou um processo de elaboração de regulamentos para essas situações”.

6 “A resposta dos EUA e da Europa foi desconsiderar esse acordo negociado na OMC e começar a negociar acordos livres bilaterais e regionais, o que envolve a aceitação de concessões dos países em desenvolvimento, parceiros desses acordos (...) A questão da propriedade intelectual nesses acordos bilaterais e regionais (chamados ‘TRIPS plus’) proporciona muito mais proteção para as grandes indústrias farmacêuticas do que os TRIPS originais da OMC (...) Desde 2001, qualquer acordo comercial norte-americano inclui aspectos relativos à proteção do direito de propriedade intelectual dos fármacos por período mais longo que os 20 anos previstos no TRIPS. Esse padrão ‘TRIP-plus’ erodiu de forma importante as flexibilidades previstas na Declaração de Doha” (ALMEIDA, 2013).

7 O EUA liderou a criação do NAFTA (Área de Livre Comércio da América do Norte) em 1994. Em relação aos países da América do Sul, após o fracasso do seu projeto da ALCA – entravado sob a liderança de Argentina, Brasil e Venezuela na Cúpula de Mar Del Plata de 2005 –, o EUA vêm estabelecendo Tratados de Livre Comércio (TLC) bilaterais, especialmente com as pequenas economias exportadoras de *commodities* da costa do Pacífico – Chile e Peru – e com seu aliado estratégico na região – a Colômbia.





mais direto e assimétrico, alcançando maiores vantagens que em negociações multilaterais – como acesso a compras governamentais, investimentos e serviços financeiros, direitos de propriedade intelectual e mesmo acordos militares. Com abrangência geográfica mais ampla, os EUA vinham liderando as negociações da *Trans-Pacific Partnership* (TPP) e da *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP)⁸ que, somadas, buscariam isolar o BRICS⁹.

No âmbito do TPP, foi negociado um amplo e ambicioso acordo de liberalização, através de amplos pacotes envolvendo: livre circulação de bens, serviços (especialmente financeiros) e investimentos; acesso recíproco a compras governamentais; regras comuns de origem; eliminação de obstáculos ao comércio e ao investimento dentro das fronteiras dos países (com apoio técnico e financeiro dos países do TPP); respeito aos direitos de propriedade; acordos relativos à propriedade intelectual (inclusive em farmacêuticos), visando reforçar e desenvolver o Acordo da OMC sobre os TRIPS.

Entre as várias posições contrárias à TPP, os congressistas estadunidenses¹⁰ vinham mostrando preocupação de que essa se concentrasse em proteger a propriedade intelectual em detrimento dos esforços para proporcionar o acesso a medicamentos a preços acessíveis nos países em desenvolvimento. Outro temor também era de que a TPP não seria suficientemente flexível para

8 As negociações do Acordo de Parceria Transatlântica de Comércio e Investimento (TTIP, sigla em inglês), entre os Estados Unidos e a União Europeia (UE), vêm registrando progressos nas três áreas principais de negociação: (i) acesso a mercados, incluindo como avançar para o intercâmbio de ofertas sobre contratação pública e comércio de serviços; (ii) regulamentação, coerência e compatibilidade regulatória, barreiras técnicas ao comércio e medidas sanitárias e fitossanitárias; (iii) regras sobre desenvolvimento sustentável, padrões trabalhistas e ambientais, comércio de energia e matérias-primas, e facilitação do comércio e procedimentos alfandegários.

9 A TPP se origina em 2005, envolvendo Brunei, Chile, Nova Zelândia e Cingapura, posteriormente aderindo às negociações: Austrália (2008), Canadá (2012), EUA (2008), Japão (2013), Malásia (2010), México (2012), Peru (2010) e Vietnã (2008). A TPP ganhou maior relevância em 2009, quando o presidente Obama anunciou a intenção dos EUA de participar das negociações para concluir um ambicioso acordo na Ásia-Pacífico, reforçando a participação estadunidense nas economias dinâmicas da região.

10 “Letter from 10 Representatives asking for a meeting to discuss IP policies that could “undermine public health and access to medicines.”. 3 August 2011. Retrieved 30 January 2012. Disponível em: < <http://infojustice.org/wp-content/uploads/2011/08/Ten-Representatives-on-TPP-08022011.pdf> > .

“Letter from Senator Sanders to US Trade Representative Ron Kirk”. 1 December 2011. Retrieved 30 January 2012. Disponível em: < http://keionline.org/sites/default/files/Sen_Sanders_letter_to_USTR_TPP_negotiations_12-1-2011.pdf > .

“Letter from Representatives Levin, Waxman, McDermott and Conyers to US Trade Representative Ron Kirk”. 19 October 2011. Retrieved 30 January 2012. Disponível em: < <http://infojustice.org/wp-content/uploads/2011/09/Four-Democrat-Reps-10192011.pdf> > .

“Letter from Reps. Lewis, Stark, Rangel, Blumenauer, and Doggett asking that the May 10th agreement serve as a “non-negotiable starting point” for access to medicines”. 8 September 2011. Retrieved 30 January 2012. Disponível em: < <http://infojustice.org/wp-content/uploads/2011/09/Five-MOCs-September-8-2011.pdf> > .





acomodar os programas de reembolso de medicamentos não discriminatório e os diversos sistemas de saúde já existentes dos países membros. Entre diversos exemplos, podemos citar que os opositores da TPP apontaram que as corporações estadunidenses teriam acesso a mercados e minariam esforços para proporcionar o acesso a medicamentos a preços acessíveis no Vietnã, e que estariam esperando para enfraquecer a capacidade da Pharmac¹¹ de obter medicamentos genéricos de baixo custo, forçando a Nova Zelândia a pagar por medicamentos de marca. Médicos e organizações como Médicos Sem Fronteiras também manifestaram preocupação. As empresas estadunidenses, principalmente a indústria farmacêutica que possui *lobby* fortíssimo, têm enorme interesse em resguardar (ou ampliar) seus direitos de propriedade intelectual nos moldes do TRIPS e ter acesso às compras governamentais e mercados dos demais países através de acordos como o TPP, excluindo a China e os demais BRICS.

As negociações de amplos acordos que envolvem Estados com enormes assimetrias almejam assegurar vasto mercado e posições privilegiadas com ganhos extraordinários para as grandes empresas transnacionais estadunidenses, especialmente as relacionadas à área de saúde. Ao mesmo tempo, minam a possibilidade de florescimento de indústrias nos países menos desenvolvidos e o acesso ao mercado e a competitividade de empresas de outros países de fora do acordo, que poderiam promover suas indústrias ou arranjos cooperativos. Por isso, do ponto de vista das grandes potências, e especialmente do EUA, é mais viável negociar e costurar tais acordos vantajosos fora da OMC e das negociações multilaterais da Rodada de Doha, onde podem enfrentar o posicionamento organizado e conjunto dos países menos desenvolvidos.

É ilustrativo mencionar alguns dos casos relacionados à área de saúde que demonstram conflitos e/ou vulnerabilidades, potenciais e reveladas, para países no sistema internacional. Por exemplo, as disputas de propriedade intelectual e compras governamentais, que são objetos de impasses nas negociações comerciais multilaterais, ou o acesso a medicamentos e vacinas em contextos de epidemias (PADULA et al., 2015).

O conflito em torno da liberdade de trânsito de medicamentos genéricos no âmbito dos direitos de patentes é um caso ilustrativo. As autoridades europeias realizaram sistemáticas apreensões de medicamentos genéricos em seus portos,

11 A agência governamental da Nova Zelândia que decide quais os produtos farmacêuticos podem ser financiados por fundo público na Nova Zelândia.





restringido a circulação desses bens essenciais à saúde humana, cujas patentes das grandes empresas multinacionais não encontram direito de proteção nos países de origem e de destino, mas somente na Europa. Como os medicamentos se encontravam em trânsito e não se destinavam ao mercado europeu, não caberia aplicação de direitos de propriedade intelectual das empresas farmacêuticas titulares de patentes na Europa, e nem é cabível alegar danos a essas – se as mesmas não registraram as patentes nos países de origem e destino, ou se as mesmas expiraram, ou se o comércio se dá baseado em princípios de saúde pública. Além de violar o TRIPS e a Declaração de Doha, tais ações arbitrárias e unilaterais violam o artigo V do GATT que prevê liberdade de trânsito.

Em 2008, no porto de Roterdã, alegando questões de propriedade intelectual, as autoridades holandesas apreenderam uma carga do genérico LOSARTAN, produzido na Índia e destinado ao Brasil. Tal episódio demonstra o grau de acirramento dessa disputa¹² e como as autoridades europeias colocam a questão da propriedade intelectual acima da saúde pública de outros povos; ou seus interesses políticos e econômicos acima dos interesses socioeconômicos de outros países. Outros registros de carregamentos detidos em portos europeus tinham como destino Nigéria, Vanuatu, Peru, Colômbia, Equador, México e Venezuela. Os carregamentos continham medicamentos essenciais para o tratamento de HIV, doenças coronarianas, esquizofrenia, Alzheimer, colesterol e hipertensão. Obviamente, os atingidos são as populações dos países menos desenvolvidos ou subdesenvolvidos.

A importância dos portos dos países europeus nas rotas comerciais internacionais – em razão de sua posição geográfica e vigor econômico – aufere a esses países posições importantes em rotas comerciais de bens estratégicos, o que, por sua vez, confere-lhes maior poder de veto político à sua circulação. Por outro lado, gera vulnerabilidade aos países dependentes dessas rotas comerciais e de suas

12 “As apreensões de medicamentos em trânsito têm sido objeto de polêmico debate em diversas instâncias internacionais. O confisco, ocorrido em 4 de dezembro de 2008, de 570 kg de Losartan Potassium, princípio ativo usado para a produção de medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial, recebeu particular destaque. O produto, avaliado em € 55 mil, havia sido negociado entre a empresa indiana Dr. Reddy’s e a brasileira EMS e estava a caminho do Brasil, mas não alcançou seu destino final. Apesar de o fármaco não ser protegido por patente nem na Índia nem no Brasil, a carga foi confiscada na Holanda, país onde a multinacional MerckSharp&Dohme (MSD) detém sua patente em conjunto com a DuPont. A MSD enviou uma carta à Dr. Reddy’s por meio de seus advogados em 24 de dezembro de 2008, informando a empresa da retenção e exigindo a renúncia da carga, sob ameaça de destruição do produto. Segundo nota de esclarecimento da Merck do Brasil, a carga retornou à Índia por solicitação da Dr. Reddy’s, após permanecer retida por 36 dias no porto de Roterdã”. (REIS; FARIA, 2010)





relações exteriores para o abastecimento desses bens, caso não possuam ou não busquem alternativas.

O caso da influenza A (H1N1) demonstrou que, diante de pandemias, as soluções predominantes não são de caráter global, mas as grandes potências buscam garantir seus interesses nacionais, sua estabilidade interna e segurança nacional. Assim, o caso ilustra a vulnerabilidade que pandemias podem causar a países que não possuem produção autônoma de medicamentos e vacinas. Diante do surto, os países centrais garantiram em primeiro lugar o acesso a medicamentos às suas populações, e o governo brasileiro, por exemplo, encontrou dificuldades de suprir as necessidades internas do país. No caso de fornecimento de vacinas, as empresas buscavam priorizar contratos já estabelecidos e, diante do pedido da OMS de conceder vacina grátis aos países pobres, concederam apenas parcialmente ou negaram (esse é o caso da Novartis).

No bojo do espírito da globalização e do livre mercado, os países desenvolvidos vêm promovendo o papel da OMC na regulação do mercado de medicamentos, de acordo com os interesses de suas grandes empresas, e em detrimento do papel da OMS (ALMEIDA, 2013). Estados fortes atuam de acordo com os interesses das suas empresas e da manutenção de assimetrias estruturais no sistema internacional, promovendo acordos e usando sua influência em organizações internacionais como forma de legitimar seus interesses, construindo regras e regimes internacionais que lhes sejam favoráveis¹³. No âmbito global, a busca por acesso facilitado a mercados na área de saúde coloca em foco os países emergentes, visto que as previsões são de aumento da participação de seus mercados nas vendas globais de medicamentos, devido a uma maior incorporação de contingentes populacionais ao mercado consumidor de produtos de saúde. Assim, esse crescimento tem impacto em mudanças nas estratégias competitivas e de inovação das grandes empresas farmacêuticas globais e de seus Estados. Chase-Dunn, Niemeyer; Allison (2005) aponta a importância da liderança biotecnológica dos EUA na sua estratégia estatal de prolongamento hegemônico, e como o Estado e suas agências lideraram iniciativas para o setor desde a década de 1980. Aínda, Reis, Landim e Pieroni (2011) destacam o processo de *catching-up* de China, Índia e Israel na rota biotecnológica,

13 Para Krasner (2009, p. 13), “regimes internacionais são definidos como princípios, normas, regras e procedimentos de tomada de decisão, sobre os quais as expectativas dos atores convergem em uma determinada área temática”. Princípios são formados por um conjunto coerente de afirmações teóricas sobre como o mundo funciona. Normas especificam padrões gerais de comportamento. Princípios e normas definem a característica básica de qualquer regime.





através de estratégias lideradas pelo Estado, através de incentivos regulatórios, financiamento e uma política industrial abrangente. Padula (2015) mostra que, em seus documentos de reuniões e ações, os BRICS vinha articulando em favor de uma reforma da agenda internacional na área de saúde, envolvendo o papel da OMS, flexibilização do TRIPS, universalização e maior acesso a medicamentos a menor custo para os países subdesenvolvidos (e não somente os BRICS), incluindo seu financiamento para comercialização, produção e acesso tecnológico. Assim, revelam-se tensões políticas interestatais e o que Krasner (1985) chamou de *conflito estrutural*, que abordaremos na próxima seção.

Indústria de saúde e autonomia estratégica

Gadelha e Costa (2013) apontam que a análise do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) se debruça sobre a relação sistêmica estabelecida entre segmentos industriais e o setor de serviços de saúde e, conseqüentemente, sobre sua construção sistêmica no âmbito de uma economia nacional. A análise do CEIS coaduna-se à utilização do arcabouço teórico conceitual da economia política da saúde, que coloca em relevo as tensões relativas aos interesses sociais diante dos econômicos envolvidos, politizando o debate e evidenciando a necessidade de atuação do Estado na construção de seu arcabouço legal-institucional. Tal perspectiva segue a abordagem estruturalista da economia política “que privilegia os fatores histórico-estruturais característicos da sociedade brasileira”, passando pela sua “inserção internacional, assim como sua relação com uma difusão extremamente assimétrica do progresso técnico e, nos termos atuais, do conhecimento e do aprendizado, dissociados das necessidades locais” (Gadelha; Costa, 2013, p. 109)¹⁴.

Tal abordagem enfatiza questões fundamentais como a relação entre o complexo industrial de saúde e a universalização do acesso à saúde do ponto de vista econômico e social, e ressalta potenciais conflitos políticos decorrentes dessa lógica, na dimensão política interna – principalmente entre empresas e

14 A análise estruturalista latino-americana originou-se com Raúl Prebisch e aprofundou-se com Celso Furtado, que agregou a dimensão histórico-estrutural à análise da relação centro-periferia, e especificamente dos países periféricos. Para um panorama amplo desta tradição, ver Octavio Rodriguez, “O estruturalismo latino-americano”, São Paulo: Civilização Brasileira, 2005. Para conferir a visão de Furtado, ver: Celso Furtado, “Teoria e Política do Desenvolvimento”, São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1967.





Estado – e na arena internacional – do ponto de vista da atuação das empresas transnacionais ou das relações econômicas (comerciais, financeiras e acerca de direitos de propriedade intelectual) entre Estados. Ampliando essa visão, deve-se introduzir maior enfoque nas relações interestatais, na qual os conflitos não resultam somente de interesses econômicos, mas também de interesses eminentemente político-estratégicos presentes nas relações de poder interestatais em um sistema anárquico onde os Estados buscam cumprir suas funções básicas de prover segurança e desenvolvimento para suas sociedades, na busca pelo acúmulo relativo de poder e riqueza frente a outros Estados. O acúmulo de poder e de riqueza atuam de forma coadunada e sinérgica. Mas um Estado rico e sem poder pode ser encarado como débil e vulnerável frente aos interesses e ações de potências externas.

O cenário internacional político e econômico da saúde apresentado na seção anterior indica que a análise sobre um complexo industrial da saúde nacional deve levar em conta o conceito de autonomia estratégica e encará-lo como objetivo político de um Estado frente ao sistema internacional anárquico. A concepção de autonomia estratégica tem um caráter político e vai além da concepção jurídica internacional de soberania. Partindo das visões de Hélio Jaguaribe e Juan Carlos Puig (apud GRANATO, 2014)¹⁵, a autonomia estratégica refere-se ao grau de liberdade política de um Estado para tomar decisões, tanto no âmbito da política interna quanto externa, objetivando a construção de regras favoráveis ao seu desenvolvimento socioeconômico e à sua segurança, frente aos interesses e ações de atores externos no sistema internacional – que muitas vezes se articulam com interesses de grupos políticos internos com interesses específicos. Nesse sentido, a autonomia estratégica remete também à busca pela autossuficiência econômica como um modelo ideal, mesmo que não alcançável, mas no sentido de se tornar menos dependente (ou vulnerável) nas suas relações exteriores no que diz respeito à produção e abastecimento de bens estratégicos – seu comércio, suas tecnologias e seu financiamento.

15 Sobre Jaguaribe, ver JAGUARIBE (1979). “Autonomía periférica y hegemonía céntrica”. *Estudios Internacionales*, n. 49, pp. 91-130, abr.-jun. 1979. Santiago de Chile. JAGUARIBE (1973). “Dependencia y autonomía en América Latina”. In: JAGUARIBE, H.; FERRER, A.; WIONCZEK, M. S.; SANTOS, T. dos. *La dependencia político-económica de América Latina*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1973, pp. 1-85.

Sobre Puig, conferir: PUIG, Juan Carlos (1986). “Integración y autonomía de América Latina en las postrimerías del siglo XX”. *Integración Latinoamericana*, Buenos Aires, ano 11, n. 109, pp. 40-62, jan.-fev. 1986. PUIG, Juan Carlos (1980). “Doctrinas internacionales y autonomía latino-americana”. Caracas: Instituto de Altos Estudios de América Latina de la Universidad Simón Bolívar.





A busca pela autonomia estratégica e sua relação com a industrialização, como política de Estado, estiveram presentes em autores de economia política como Alexander Hamilton (estadunidense) e Friedrich List (alemão). Mais propriamente, esses autores viam o processo de industrialização não só como o motor da diversificação e do progresso econômicos, mas como uma forma de buscar internalizar a produção dos bens estratégicos como meio para alcançar maior independência (liberdade) política no sistema internacional, ou reduzir as vulnerabilidades externas nos campos econômico e político num processo de superação de Estados rivais.

Segundo Gilpin (2001, p. 80-81), a busca pela autonomia nacional envolve a inevitável colisão entre a lógica do mercado e a lógica do Estado¹⁶. Do ponto de vista aqui defendido, envolve também conflitos de interesses interestatais. Assim, da distribuição de poder assimétrica do sistema interestatal emergem conflitos estruturais, como aponta Krasner (1985), pois, caso queiram alterar sua condição de vulnerabilidade e dependência, os Estados subdesenvolvidos não podem deixar de desafiar (reformular) princípios, normas e regras que são de interesse das potências do hemisfério norte e de suas grandes corporações. Assim, a formação de um complexo industrial de saúde aparece como peça fundamental para um Estado que almeje buscar sua autonomia estratégica. Mas esse não pode fazer tal coisa sem desafiar regras e regimes que são de interesse dos Estados mais poderosos e de suas empresas transnacionais – como revelam as tensões citadas na seção anterior.

Vale destacar também a potencial relação sinérgica entre indústria de defesa e indústria de saúde. O complexo industrial-militar estadunidense possui relações intrínsecas com o setor de saúde, um modelo que vem sendo copiado pelo complexo industrial-militar chinês (MEDEIROS, 2004; MEDEIROS; TREBAT, 2013). O setor de saúde sempre foi encarado como um setor estratégico pelas grandes potências, tanto internamente quanto para sua projeção externa (o que transparece em sua postura de buscar acordos internacionais relativos a comércio, serviços, investimentos, propriedade e compras governamentais), e vem sendo

16 “Um dos temas dominantes no estudo da economia política internacional (EPI) é o persistente conflito entre a crescente interdependência da economia internacional e o desejo de Estados individuais de manter sua independência econômica e autonomia política. Ao mesmo tempo em que os Estados querem os benefícios da liberalização do comércio, investimento estrangeiro e equivalentes, eles também desejam proteger sua autonomia política, valores culturais, e estruturas sociais (...) Enquanto a lógica do mercado é alocar atividades econômicas onde elas forem mais eficientes e lucrativas, a lógica do Estado é capturar e controlar o processo de crescimento econômico e acumulação de capital com o objetivo de aumentar o poder e o bem-estar econômico da nação (...)” (GILPIN, 2001, p. 80-81).





encarado desta forma pelas potências emergentes. Se observarmos as empresas líderes globais na produção e nas inovações, vamos encontrar predominantemente empresas estadunidenses, europeias e japonesas, e, num processo de *catching-up*, empresas chinesas, indianas e israelenses. Por questões de espaço, serão apontados aqui brevemente os casos dos EUA e da China.

Ao longo de sua história e principalmente após a Segunda Guerra Mundial, no período da Guerra Fria, os EUA desenvolveram um arranjo institucional complexo e eficiente envolvendo empresas, universidades e agências governamentais, o chamado complexo industrial-acadêmico-militar, que teve nesse período e tem até hoje papel fundamental na sua liderança científica e tecnológica – desde a ciência básica até tecnologias de ponta. São inovações que transbordam do setor militar para o setor civil (MEDEIROS, 2004, p. 9). O DARPA teve importante papel nesse processo.¹⁷ Diversos projetos e escritórios dentro do DARPA buscam o desenvolvimento e a liderança científica e tecnológica, incluindo vários campos que impactam a indústria de saúde, como química, novos materiais, microeletrônica, ciência da computação, robótica, automação, biotecnologia, nanotecnologia, tecnologia nuclear, neurociências, entre outros. Entre eles, destacamos o Defense Sciences Office (DSO), o Microsystems Technology Office (MTO) e o Biological Technologies Office (BTO) – esse criado em abril de 2014.

Medeiros e Trebat (2013, p.7) destacam que a China seguiu a mesma linha e, no sentido do DARPA, “criou o ‘Programa de pesquisa em alta tecnologia 863’ em 1986, com foco em automação, biotecnologia, energia, tecnologia da informação (TI), *lasers*, novos materiais e espaço”.

Para Chase-Dunn, Niemeyer; Allison (2005), a liderança tecnológica em setores estratégicos é um dos elementos centrais para que um Estado consiga alcançar e manter uma posição hegemônica no sistema interestatal, tanto pelo seu impacto vantajoso na produção física quanto no poder militar; ou para que, pelo menos, figure no andar superior da hierarquia econômica e político-militar do sistema.

17 “O Advanced Research Projects Agency (DARPA), subordinado ao DOD [Departamento de Defesa], teve especial liderança na criação de novas tecnologias. Para este esforço, o fator limitante não era a disponibilidade de recursos financeiros. Depois da guerra, os militares obtiveram amplo apoio financeiro e as políticas de compra do DOD criaram uma vigorosa demanda protegida para as principais indústrias fornecedoras de armamentos. O fator limitante era o estoque de conhecimento e a estrutura operacional do sistema de inovações. Deste modo, a tarefa não se circunscrevia à provisão de incentivos para P&D nas indústrias ou nas universidades, mas na montagem de um extenso e dinâmico sistema de inovação. O desafio era reduzir o período de tempo entre as invenções e inovações acelerando o progresso técnico e dirigindo-o para a produção de “armamentos radicalmente novos”. Este desafio foi assumido pelo DOD” (MEDEIROS, 2004, p. 9). Ver também: Merritt Roe Smith (editor) (1985). *Military Enterprise and Technological Change* Cambridge, MA: MIT Press.





Chase-Dunn, Niemeyer; Allison (2005) chamam de “novas indústrias líderes” aquelas que transbordam tecnologias para outros setores, possuem capacidade de gerar “rendas tecnológicas” (monopolísticas) por um período, influenciando inclusive a indústria militar. Assim, o domínio de tecnologias líderes ou estratégicas tem implicações geopolíticas sobre a distribuição de poder econômico e militar, e suas rivalidades. Olhando especificamente para a hipótese de declínio da hegemonia dos EUA, afirmam:

Depois que uma maior competição internacional surgiu, os EUA continuaram a angariar rendas tecnológicas por inventar, produzir e exportar novos produtos, incluindo equipamentos de energia nuclear, tecnologia militar e tecnologia da informação. Agora, muitos acreditam que as vantagens dos EUA no campo da biotecnologia poderão contribuir substancialmente para uma nova rodada de hegemonia econômica dos EUA nas próximas duas décadas. (Chase-Dunn, Niemeyer; Allison, p. 5, tradução livre).

Assim, apontam as indústrias de biotecnologia, de alimentos e medicina, na posição futura dos EUA nos próximos dois séculos, fazendo uma associação entre ciclos de liderança tecnológica e ciclos hegemônicos.

As experiências históricas de grandes potências e das potências emergentes apontam que o Estado tem o papel de liderar o processo de construção da indústria de saúde, com adequadas regulações, mobilização de recursos e arranjos institucionais envolvendo setores estatais, acadêmicos e empresariais. Como mostram os casos dos EUA e China, a percepção estratégica de interconexão entre indústria de defesa e saúde costuma vir das estratégias de formação da indústria de defesa, ao envolver a área de saúde. Como já afirmado, os segmentos que formam o complexo industrial de saúde são constituídos por indústrias portadoras de tecnologias de futuro, com caráter estratégico, que se espalham por outros setores da economia e são fundamentais para o desenvolvimento e a segurança nacional, características similares à da indústria de defesa.

Saúde e Segurança Nacional

No período pós Guerra Fria, a evolução dos estudos estratégicos, e especificamente da segurança internacional, ampliou a agenda de segurança para além da questão militar, buscando incorporar a noção de “ameaças” que partem de outras áreas e atores, e não somente da agressão militar de um Estado contra





outro. Barry Buzan (1991) foi um autor seminal e influente nesse sentido, ao apontar que, no século XXI, a agenda de segurança deveria se ampliar para além da segurança militar para temas como seguranças: política, econômica, societária e ambiental – temas de segurança (*security issues*) que teriam interconexões entre si¹⁸. Segundo Buzan (1991), a segurança militar compreende as capacidades ofensiva, defensiva e dissuasória das Forças Armadas; assim como as percepções do Estado sobre as intenções de outros atores e seus poderes, e vice-versa. A segurança política abrange a estabilidade organizacional dos Estados, dos sistemas de governo e das ideologias que os legitimam. A segurança econômica trata do acesso a recursos, financiamento e mercados necessários à sustentação de níveis aceitáveis de bem-estar social e poder estatal. Esses são os temas de segurança abordados em Buzan (1991) que mais interessam neste artigo, e que têm uma interconexão forte com o que podemos chamar de segurança de saúde, compondo a agenda de segurança nacional.

Na perspectiva de um suposto mundo pacífico e livre de disputas interestatais, e/ou caracterizado pela interdependência econômica e pelo livre mercado, o pensamento liberal propõe que a paz e a segurança deveriam ser tratadas de forma cooperativa pelos Estados, como um tema global e transfronteiriço, confiando em organizações internacionais (como a ONU e a OTAN) e na atuação benevolente dos Estados mais ricos e poderosos, tirando a nação do centro do debate¹⁹. Nessa linha, surge a argumentação de que, num mundo globalizado e com significativo fluxo de pessoas entre países, epidemias deveriam ser tratadas predominantemente de forma coletiva. Ou de que o tema da segurança humana em países subdesenvolvidos deveria ser tratado através de uma perspectiva focada no indivíduo ou cosmopolita (MCINNIS, 2008). Podemos apontar como resultado dessa agenda de negociações de acordos liberalizantes baseados na ideologia da globalização: o GATT e o GATS (respectivamente, sobre comércio de bens e serviços), o TRIPS (relativo a propriedade intelectual), o TRIMS (relativo a investimentos), e mesmo o Tratado de Não Proliferação Nuclear (TNPN).

18 Ressaltamos que não concordamos com todas as especulações e visões de Buzan, especialmente sobre o cenário pós Guerra Fria. No entanto, o autor tem contribuição fundamental para os estudos de segurança ao ampliar a agenda para outros temas e, para os fins desse estudo, não é relevante discorrer sobre divergências em relação ao autor.

19 No campo da Economia Política Internacional, por exemplo, Robert Keohane, em *After Hegemony*, defende que os EUA utilizariam seu excedente de poder, surgindo como única superpotência no pós Guerra Fria, para construção de regimes, instituições e organizações internacionais, que levariam maior cooperação e estabilidade ao sistema internacional.





Colin McInnes (2008) aponta que a agenda de segurança de saúde trata de epidemias que, num mundo globalizado com significativo fluxo de pessoas entre países, deveriam ser tratadas predominantemente de forma coletiva ou focada no indivíduo, o que não justificaria sua inclusão no campo da segurança nacional. Simon Dalby (2008) destaca que a abordagem da segurança humana traz uma mudança da centralização no Estado e território para as pessoas. A segurança humana significa a segurança frente a ameaças crônicas como fome, doença e repressão – que pode se relacionar com miséria e falta de acesso a condições mínimas de alimentação e salubridade em países subdesenvolvidos. Caroline Thomas (2008) reforça tal mudança ao afirmar que (i) a questão da segurança se volta para seres humanos individuais e a proteção e cumprimento de seus direitos humanos; (ii) a busca de outros níveis de seguridade – global, regional ou nacional – tem relevância e legitimidade na medida em que apoia a segurança humana; (iii) a segurança humana não pode ser definida ou constrangida dentro de limites territoriais de uma unidade política exclusiva; (iv) a busca de segurança nacional por um Estado não deve comprometer a segurança humana de seus cidadãos ou ainda de pessoas vivendo além de seus limites territoriais.

McInnes (2008) aponta que há três temas principais tratados na agenda de segurança sobre saúde: (1) a propagação de doenças infecciosas (tuberculose, gripe aviária, AIDS, SARS, ebola) para o “Ocidente” (como elemento exógeno); (2) pandemia de AIDS/HIV (que pode ser inserido no anterior); (3) guerra biológica: em função da difusão e uso de armas biológicas por grupos radicais (bioterrorismo). Nesses temas, a saúde estaria diretamente ligada à questão da segurança, através de potenciais efeitos desestabilizadores. Para o autor, as epidemias podem provocar, num espaço curto de tempo, um nível elevado de absenteísmo ou mesmo mortes, prejudicando o funcionamento do Estado e da economia, além de gerar um ônus significativo nos gastos públicos. Há também a possibilidade de revolta política, especialmente caso a população não acredite que está sendo atendida de forma adequada, ou que apenas segmentos mais privilegiados da população estão tendo acesso à assistência médica adequada. McInnes (2008) destaca que relatório da CIA, de 1999, argumenta que, com a globalização e os crescentes movimentos de pessoas e mercadorias, emerge o risco vindo de doenças infecciosas que podem se espalhar globalmente e atingir os cidadãos estadunidenses, podendo afetar o crescimento econômico e a estabilidade internacional e, conseqüentemente, tornar-se um problema de segurança nacional. Ele aponta que, em 2000, o Conselho de Segurança apontou a ameaça da pandemia de AIDS à segurança proveniente de





três efeitos: (i) coloca em risco o funcionamento e a estabilidade do Estado – nos campos econômico, social e político; (ii) as forças de segurança (militares) e de paz como potenciais difusores, pelo seu deslocamento; (iii) e que a propagação da AIDS é exacerbada em condições de violência. Levando em conta especificamente a hipótese de mobilidade de tropas em conflitos como vetor transmissor de doenças, de forma crítica, McInnes (2008) argumenta que a relação entre epidemia de HIV e segurança não é muito conclusiva, visto que conflitos podem tanto impulsionar quanto restringir o deslocamento de tropas e civis e, portanto, a disseminação de HIV. Além disso, programas de prevenção podem e efetivamente reduzem a propagação do HIV entre as tropas.

Do nosso ponto de vista, o tema das guerras biológicas e sua relação com a segurança de saúde em um país periférico, especialmente os de tradição pacífica, devem considerar se esse almeja obter uma projeção de ator global e influenciar o sistema internacional. Nesse caso, deve estar preparado para possíveis ações hostis originadas a partir de divergências de interesses com outros Estados militarmente fortes e/ou que dominam tecnologias de armas biológicas. Ainda, na abordagem desses temas, se encontra o dilema entre cooperação coletiva e uma abordagem nacional para prevenção ou solução. Por outro lado, no discurso das grandes potências, os países periféricos (especialmente os caracterizados por estados “irresponsáveis” ou “falidos”) podem ser identificados como abrigos (voluntários ou não) de grupos radicais ou como focos de epidemias, justificando práticas de “ajuda” e/ou intervenções.

Considerando o cenário econômico e político internacional e os casos conflituos apresentados na primeira seção, somando-se os efeitos desestabilizadores políticos e econômicos ao Estado e à sociedade (de âmbito nacional) causados por epidemias (nacionais e/ou globais) apontados por McInnes, revela-se a impossibilidade de que Estados periféricos possam confiar na cooperação global, na visão cosmopolita ou num conceito de segurança humana para o acesso a vacinas e medicamentos fundamentais. Por outro lado, reforçam a ideia de que a indústria de saúde nacional é fundamental para a segurança nacional, desenvolvimento e autonomia estratégica de um Estado periférico, reduzindo suas vulnerabilidades diante influências e decisões de abastecimento concentradas nas mãos de empresas transnacionais ou de seus Estados de origem.

A concepção aqui defendida, apoiada na busca pela autonomia estratégica estatal em um sistema interestatal competitivo e anárquico, encara que a segurança de saúde deve ser tratada a partir de uma perspectiva nacional, como um tema de





segurança e desenvolvimento nacional. Seguindo a definição de Buzan (1991) para segurança econômica, poderíamos definir a segurança de saúde como o acesso a recursos, financiamento e mercados na área de saúde, necessários à sustentação de níveis aceitáveis de bem-estar social e poder estatal. Pelo seu caráter estratégico, o setor de saúde não pode ser tratado como parte da segurança econômica. Ainda, a segurança de saúde pode ser vista como a capacidade de um Estado (economia nacional) de produzir internamente os bens e serviços de saúde que atendam às necessidades de sua população, de forma a universalizar o acesso tanto em tempos de paz como diante de contenciosos e conflitos político-econômicos interestatais. Depende, assim, do domínio de tecnologias, da capacidade financeira e produtiva, e de mobilização de recursos em tempo hábil. Sobretudo, depende de um projeto nacional e de capacidade e coesão política interna para articular diferentes setores em prol desse objetivo superior, diante de possíveis estrangulamentos e ações externas. É importante sublinhar que a segurança sanitária possui interconexões com outros temas de segurança: econômica, política, societal, militar e alimentar.

Diante da necessidade ou da conveniência de importação, ou da não viabilidade da produção interna, seria fundamental para a segurança de saúde, nos termos definidos acima, que o Estado: em períodos de conflitos ou diante de contenciosos políticos, seja capaz (em tempo hábil) de mobilizar recursos para a produção de medicamentos antes importados; não dependa de fontes restritas de importação (seja país(es) ou empresa(s)); diversificar o máximo possível as fontes de importações (em termos de áreas geográficas, de países e empresas, ou coalizões desses, olhando para a propriedade do capital das empresas), assim como diversificar as rotas comerciais de abastecimento, as fontes de financiamento e moedas em denominação de contratos. Sem embargo, a segurança sanitária e a segurança econômica possuem relações estreitas. A abordagem de segurança de saúde aponta a necessidade de olhar para a propriedade do capital das empresas que atuam no país, possibilidades de transferência tecnológica e perfil de empresas que fazem comércio com o país (independente de sua localização territorial). Os processos identificados de concentração global da propriedade das empresas (através de fusões e aquisições) e da inovação tecnológica (patentes), com conseqüente processo de desnacionalização da indústria nacional, tendem a gerar vulnerabilidades econômicas e políticas, tornando vulneráveis a segurança de saúde e, de forma mais ampla, a segurança nacional.





Conclusões

O cenário econômico internacional na área de saúde aponta para uma crescente concentração da propriedade de empresas, produção e geração e propriedade de tecnologias nos países centrais, a partir de suas grandes empresas transnacionais. As indústrias biotecnológica e nanotecnológica seguirão crescendo de importância, a indústria de equipamentos e materiais seguirá sendo fundamental, e as TICs (tecnologias da informação e comunicação) serão crescentemente importantes.

Ao mesmo tempo, no âmbito político internacional, a tendência é de que os Estados poderosos acirrem as disputas por mercados, acessos a investimentos e compras governamentais, direitos de propriedade intelectual, e pela influência na construção de regras e da agenda internacional de saúde, tentando garantir os interesses de suas grandes empresas e tornar Estados periféricos ainda mais dependentes, vulneráveis externamente e instáveis politicamente internamente. Os conflitos em torno de direitos de propriedade intelectual, ou das relações desses com o trânsito internacional de medicamentos e a produção de medicamentos com menores custos, e do acesso a medicamentos e vacinas em períodos de pandemias, mostram um ambiente internacional conflitivo onde os interesses nacionais de Estados e interesses econômicos de empresas tendem a ser priorizados sobre interesses sociais, humanos ou globais.

Na agenda de saúde internacional, seguirão as ações das grandes potências, que perseguem seus interesses estratégicos e são pressionadas por suas grandes empresas, para a manutenção de regras no sistema internacional que sejam favoráveis à continuidade da expansão e concentração de mercado. Trata-se, portanto, de uma atuação incisiva e contrária a ações que não sejam condizentes ou desafiem as regras e regimes de manutenção do *status quo*. Tal quadro aponta para a tendência de crescentes conflitos em questões de saúde no âmbito internacional, relativos a comércio de bens e serviços, investimentos e direitos de propriedade intelectual. No âmbito das organizações internacionais – Conselho de Segurança da ONU, OMC, OMS –, as grandes potências seguirão se articulando em torno dos seus interesses e marginalizando políticas contrárias. A tendência então é de aprofundamento do padrão de expansão e concentração da indústria de fármacos (e não de reversão) nas mãos das *big pharmas*, visto que os mesmos fatores que o consolidaram persistem.





A falta de acesso a medicamentos gera efeitos desestabilizadores sociais, econômicos, políticos e de segurança no Estado e na sociedade. A construção do complexo industrial da saúde deve ter um papel fundamental na autonomia estratégica e na segurança nacional, principalmente do ponto de vista da segurança econômica e da segurança política, além do potencial de conexão com a indústria de defesa (e conseqüentemente com a segurança militar).

Por sua importância socioeconômica e tecnológica, o desenvolvimento da indústria de saúde é fundamental como vetor de crescimento, para a estabilidade interna, para a segurança interna e externa do País, para diminuir sua vulnerabilidade econômica e política, e para aumentar o grau de independência nas suas relações exteriores. Além do caráter social, a universalização do acesso trabalha em favor da estabilidade política interna, ao eliminar diferenças internas em relação ao acesso da população a bens e serviços básicos. É importante para a segurança nacional de um Estado também por torná-lo autossuficiente em possíveis períodos de conflitos ou interrupção de fluxos e, assim, menos vulnerável a pressões internacionais e aos interesses (poder de barganha) de potências externas. Ainda, a distribuição geográfica das atividades da indústria de saúde e a universalização do acesso aos seus bens e serviços por todo o território nacional (pelas suas diferentes regiões, inclusive fronteiriças) são importantes do ponto de vista do desenvolvimento socioeconômico do território nacional, do seu aproveitamento em todas as suas potencialidades geográficas e da segurança do território nacional – ao promover o domínio político e a ocupação demográfica, econômica e militar adequada de todo o território e de seus recursos. Assim, considerando sua importância econômica, tecnológica, social, política e militar, o complexo industrial nacional de saúde é estratégico e seu destino não pode ser deixado ao mercado global, à vontade de potências externas, de organizações internacionais e de empresas transnacionais.

Nos países BRICS, há uma forte demanda por produtos e serviços de saúde. O caráter indutor do desenvolvimento das compras governamentais é tão evidente que, recorrentemente, as mesmas aparecem como um dos impasses nas negociações da Rodada de Doha, promovida no âmbito da OMC. A forma como essa demanda crescente será suprida deve estar associada ao padrão de desenvolvimento e inserção internacional que os Estados pretendem. Nesse sentido, é preciso observar dois aspectos: a capacidade nacional de ofertar os produtos e serviços necessários para atender, não apenas à demanda doméstica como também concorrer internacionalmente com a produção das demais potências, podendo inclusive ser um vetor estratégico de inserção geopolítica; e a concorrência internacional das





transnacionais fomentadas inclusive pelas estratégias geopolíticas de seus países sede. Do contrário, seu crescimento econômico e seus crescentes mercados podem se transformar em maior dependência e vulnerabilidade externa, transferindo recursos públicos para grandes empresas transnacionais sediadas em países centrais. Os países do BRICS têm em comum, além de um crescente mercado, o compromisso estatal com a universalização do acesso à saúde, a reforma do sistema internacional na área de saúde e o acesso a medicamentos em países subdesenvolvidos. As doenças e medicamentos pouco rentáveis são negligenciados pelas grandes empresas farmacêuticas transnacionais, não obstante afetarem grande número de pessoas e serem extremamente importantes para a medicina. Os interesses da saúde e os interesses dos mercados estão em caminhos opostos, assim como os interesses dos Estados centrais e periféricos ou emergentes, especialmente quando esses buscam reformas no sistema internacional, e especificamente no sistema de saúde internacional, de forma articulada através de alianças.

Referências

- ALMEIDA, Célia . Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde: Elementos para Reflexão sobre o Caso do Brasil. In GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. de; PEREIRA, T. R. *A saúde no Brasil em 2030*. Volume 1. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/SAE, 2013.
- BUZAN, Barry. New Patterns of Global Security in the Twenty-First Century. *International Affairs*, Vol. 67, Nº 3, Jul. 1991, p. 431-451.
- CHASE-DUNN, C., NIEMEYER, R.; ALLISON, J. *Futures of biotechnology and geopolitics*. IROWS Working Paper 23, v. 5-31-06, 2005.
- DALBY, Simon . Environmental Change. In: WILLIAMS, Paul D. *Security Studies*. London: Routledge, 2008.
- FIORI, José Luís . Ontem, Hoje e 2030: Tendências do Sistema Mundial – com Ênfase na América do Sul. In GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. de; PEREIRA, T. R. *A saúde no Brasil em 2030...* Volume 1. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; SAE, 2013.
- FIORI, J. L.; PADULA, R.; VATER, M.C. A projeção do Brasil na América do Sul e na África Subsaariana e o controle da Bacia do Atlântico Sul. In: CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. *Dimensões estratégicas do desenvolvimento brasileiro: Brasil, América Latina e África: convergências, geopolítica e estratégias de integração*. Brasília, DF: CGEE, 2013, Volume 3, 288 p.





- GADELHA, Carlos A. G.; COSTA, Laís S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. de; PEREIRA, T. R. *A saúde no Brasil em 2030...* Volume 1. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; SAE, 2013.
- GILPIN, Robert *Global Political Economy*. Princeton University Press, 2001.
- GRANATO, Leonardo A integração na América do Sul em discussão nos governos do Brasil e da Argentina (2003-2010). Tese de Doutorado em Economia Política Internacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.
- IMS HEALTH. IMS Health Market Prognosis, June 2013.
- KRASNER, Stephen *Structural Conflict*. Los Angeles: University of California Press, 1985.
- KRASNER, Stephen *Power, the State and Sovereignty – Essays on international relations*. New York, Routledge, 2009.
- MCINNES, Colin . Health. In WILLIAMS, Paul D. (Ed.). *Security Studies, an introduction*. London: Routledge, 2008.
- MEDEIROS, Carlos A. de O Desenvolvimento Tecnológico Americano no Pós-Guerra como um Empreendimento Militar. In FIORI, J.L. (Org). *O poder americano*. Petrópolis: Vozes, 2004
- MEDEIROS, C. A. de, TREBAT, N. Military Modernization in Chinese Technical Progress and Industrial Innovation. World Keynes Conference, Izmir Economics University, 26-29th June 2013.
- PADULA, R., NORONHA, G., MITIDIARI, T. Complexo Econômico-Industrial de Saúde, Segurança e Autonomia Estratégica: para pensar a inserção do Brasil frente ao mundo. *Saúde Amanhã: Textos para discussão n°4*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.
- PADULA, R. A cooperação em saúde no BRICS: uma perspectiva econômica e política brasileira. In: COSTA, D.; GONÇALVES, W. (OrgS.). *Brasil nos BRICS*. Rio de Janeiro: Capax Dei, 2015, p. 165-183.
- REIS C., LANDIN, A., PIERONI, J.P. *Lições da experiência internacional e propostas para incorporação da rota biotecnológica na indústria farmacêutica brasileira*. BNDES Setorial 34, 2011, p. 5-44
- REIS, Renata; FARIA, Janaína E. P.. Apreensões de medicamentos genéricos e a condenação da UE no Tribunal Permanente dos Povos. *Pontes*, Vol.6, N° 5, 22/12/2010.
- THOMAS, Caroline . Poverty. In WILLIAMS, Paul D (Ed.). *Security Studies, an introduction*. London: Routledge, 2008.
- VARGAS, M. A. Indústria de Base Química no Brasil: potencialidades, desafios e nichos estratégicos. In Gadelha, C.; NORONHA, J.C.; PEREIRA, T.R. *Brasil Saúde Amanhã: Complexo Econômico Industrial da Saúde*. No prelo. 2017

