

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

SAÚDE PÚBLICA E INTEGRAÇÃO REGIONAL: TENSÕES ENTRE O DIREITO À SAÚDE E O COMÉRCIO INTERNACIONAL

Deisy Ventura¹

1. Introdução

A globalização da vida social tem **impactos constitutivos** no conceito de saúde que os Estados contemporâneos estão obrigados juridicamente a garantir para seus povos (DALLARI & NUNES, 2010). Se as normas do direito sanitário nos sistemas jurídicos nacionais são relativamente modernas, historicamente coincidentes com o intervencionismo estatal, as normas internacionais que regulam a saúde pública no plano mundial são típicas do século XX, elaboradas após a Primeira Guerra Mundial, e “já dentro das características renovadas do direito internacional” (SOARES, 2000).

As mudanças que o desenvolvimento inédito do internacionalismo trouxe ao direito, após a Segunda Guerra Mundial, aceleraram-se de modo exacerbado nos últimos trinta anos. O direito internacional não é mais o monopólio dos Estados: numerosos atores infra-estatais introduziram-se no campo que, por muito tempo, era terreno exclusivo das rivalidades estatais (DECAUX, 2002). A Comissão de Direito Internacional da Organização das Nações Unidas, em relatório consagrado à **fragmentação** do direito internacional, constatou a emergência de “direitos especiais”, regimes convencionais, conjuntos funcionais de regras e ramos especializados do direito internacional, que escapam ao controle tanto das ordens internas como do direito inter-estatal tradicional, tornando endêmicos os conflitos normativos (CDI-ONU, 2006).

¹ Professora do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo. Mestre em Direito Comunitário e Doutora em Direito da Universidade de Paris 1, Panthéon-Sorbonne. Foi Consultora Jurídica da Secretaria do MERCOSUL (Montevideu, 2003-2006).

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Sublinhe-se que a mutação do direito vai bem além do novo internacionalismo. De modo geral, o direito oficial do Estado centralizado e suas aspirações de abstração, generalidade e universalidade, desatualizam-se paulatinamente diante do local, do plural e do subversivo: o “quase-direito” das favelas, as técnicas de “justiça privada”, a colcha de retalhos dos direitos das minorias e os regulamentos internos de redes informais (TEUBNER, 2005). Logo, a maior parte das nervuras dogmáticas do direito tradicional pertence a um mundo que já não é o nosso (CANOTILHO, 2006). A pirâmide monista, com sua ontologia substancial e mecanicista, passa a dar lugar ao direito em rede, com uma ontologia relacional e cibernética, uma interatividade generalizada e uma gramática ainda por descobrir (OST & KERCHOVE, 2002).

Entre as numerosas expressões desta renovação do direito, destaca-se a justaposição de ordens jurídicas e de jurisdições – ou âmbitos de solução de controvérsias – internacionais, regionais, nacionais e até mesmo locais, engendrando fortes tensões transversais entre os dois grandes ramos do direito hoje universalizados: o dos direitos humanos e o do mercado (DELMAS-MARTY, 2004). **A saúde pública constitui um campo privilegiado para o estudo de tais tensões.** As ordens constitucionais da ampla maioria dos Estados do mundo consideram a saúde como um direito humano, que deve ser respeitado, protegido e implementado. O direito internacional dos direitos humanos, por sua vez, o consagra em diversos instrumentos². Consolida-se, em direito internacional, sua condição de *bem público mundial* – oponível a

² Segundo a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, de 1948, “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle” (art. 25, §1º). Os Estados Partes do *Pacto internacional sobre direitos econômicos, sociais e culturais* “reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” e comprometem-se a adotar medidas “com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito”, inclusive “as que se façam necessárias para assegurar: a) a diminuição da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento são das crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (art. 12).

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

todos e gerado em nome de todos, subtraído às leis de mercado e cuja regulação deve ser controlada (SOREL, 2007). Também os processos de integração regional, normalmente referidos como a formação de blocos econômicos, interferem na produção normativa e no contencioso relativo à saúde, como será destacado nos demais capítulos desse artigo. Por conseguinte, não há dúvida de que **o conceito de saúde acolhido pelo direito contemporâneo abarca, em todas as suas facetas, aspectos ligados à organização internacional**, tanto em matéria de economia ou tecnologia, como no que se refere à movimentação das pessoas ou à ordem institucional (DALLARI & NUNES, 2010).

A inevitável porosidade entre o local, o nacional, o regional e o internacional, no que tange especialmente à saúde pública, faz com que, na relação entre o mundo desenvolvido e os países em via de desenvolvimento, imponham-se questões jurídicas maiores, altamente permeáveis nos direitos internos, como a das “patentes” de vacinas e de medicamentos³. Entre muitos outros exemplos, vale citar o crescimento do comércio de serviços de saúde nos últimos anos, especialmente graças a investimentos estrangeiros, à prestação de serviços à distância (dita “telemedicina”) e a “indústria do turismo médico”, que deriva do deslocamento de *consumidores* de serviços de saúde entre países desenvolvidos, entre países em via de desenvolvimento (PVDs) e desenvolvidos e, recentemente, também vice-versa, como ocorre no caso do México e dos Estados Unidos (LÓPES et al., 2010).

Quando se trata de tais questões, outros ramos do direito internacional entram, amiúde, em confronto com a principiologia do direito da saúde:

³ Os dez países mais industrializados, que contam com 84% dos recursos globais utilizados em pesquisa e desenvolvimento, são titulares de 94% das patentes outorgadas no âmbito mundial e recebem 91% dos *royalties* transfronteiriços por licenciamento de tecnologia; apenas 4% dos gastos mundiais em pesquisa e desenvolvimento correspondem aos países em desenvolvimento, e, ainda que alguns tenham realizado progressos consideráveis no que se refere à exploração de novas tecnologias, a grande maioria não pôde cumprir as promessas que essas tecnologias pareciam oferecer em suas etapas iniciais de desenvolvimento (CORREA, 2007).

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

O equilíbrio entre, de um lado, as necessidades de controles fortes de saúde pública, que podem, segundo as circunstâncias, direcionar o comércio internacional, em favor de parceiros ou clientes mais favorecidos, e, de outro, a liberdade nas relações internacionais de comércio será sempre um desafio à harmonia internacional, em particular quando o mundo se acha submetido a regras que pretendem garantir a liberdade e a transparência no comércio e na economia globais (SOARES, 2000).

Nesse sentido, a situação sanitária internacional revela um desolador quadro de subsistência de enfermidades devidas exclusivamente à pobreza. Discute-se, hoje, como garantir o direito à saúde em contextos de exacerbação da crise; entretanto, ao menos em grande parte dos PVDs, a saúde pública já vive uma crise permanente (VENTURA, 2009¹). As pandemias gripais recentes, por exemplo, denotam uma frágil intersecção entre ricos e pobres, mas pouco favorável aos segundos:

Por ser um vírus novo, a suscetibilidade da população é total e em escala mundial. Claro que temos outras preocupações no nosso campo no hemisfério Sul, e que também são muito graves. Mas quando a imprensa começa a contar os casos confirmados, acaba causando temor na população. Costumo perguntar aos jornalistas que me procuram porque não contar os casos de óbitos por tuberculose no Brasil. São cerca de cinco mil por ano, o que dá a média de 12 a 14 casos por dia. Imagine ter diariamente na primeira página dos jornais que os casos de tuberculose aumentam cada dia. Fico imaginando que impacto isso teria do ponto de vista do controle da doença, pois isso significaria uma relativa redução deste grave problema de saúde pública. Claro que a tuberculose não é uma ameaça às classes dominantes; é uma doença que fica muito oculta na sociedade, atingindo as classes menos favorecidas (MEDRONHO, 2006).

Para alguns autores, as assimetrias econômicas entre Norte e Sul trazem ao direito que rege as políticas sanitárias uma base, mais ou menos explícita, de natureza ideológica, com duas formulações principais e concorrentes: o *direito terceiro-mundista* da saúde e o *direito ocidental da saúde*. Enquanto o segundo representaria especialmente a *Organização Mundial da Saúde* (OMS), o segundo significaria a contestação do primeiro, empreendendo um esforço de adaptação das normas internacionais à situação específica dos países do Sul (BÉLANGER, 2009). Ditas normas são ao mesmo tempo parciais e fragmentadas, devido à estrutura fortemente descentralizada

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

da OMS, e das competências em matéria sanitária de que dispõem outras organizações (CROUZATIER, 2009).

Portanto, o *direito mundial da saúde* costuma ser definido transversalmente, como o *conjunto de regras jurídicas* destinadas à proteção ativa da saúde das pessoas, interconectando as regras elaboradas pelas organizações internacionais competentes – o que corresponde ao direito internacional da saúde – e as estabelecidas pelos Estados em seus direitos sanitários nacionais (BÉLANGER, 2009).

À parte os dissensos teóricos sobre a definição do direito internacional sanitário, há consenso sobre o fato de que ele é tão extenso e denso quanto, por exemplo, o direito internacional ambiental. Embora as competências da OMS sejam o ponto de partida desse direito, hoje elas se encontram largamente ultrapassadas pelo impacto das atividades de outras organizações internacionais sobre a saúde pública, especialmente a liberalização do comércio internacional, as condições de trabalho, os conflitos armados, a propriedade intelectual e os desastres ambientais, entre outros (FERRAUD-CIANDET, 2009).

As organizações internacionais de caráter regional desempenham igualmente um papel importante em matéria de saúde pública, cindido entre, de uma parte, a necessidade de conciliar interesses econômicos e direitos humanos quando da elaboração e aplicação de normas comerciais; e, de outra parte, a possibilidade de promover ações e estratégias regionais que melhorem as condições de acesso à saúde em seus Estados-membros, ultrapassando as funções tradicionais das organizações intergovernamentais, quais sejam a coordenação, a formação de redes e a troca de informações.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

2. A saúde pública no direito da União Europeia

A influência da União Europeia (UE)⁴ sobre a saúde pública pode ser apreciada de duas maneiras quase contraditórias. Quando se estuda as ações promovidas no âmbito das políticas de saúde, em sentido estrito, pelas instituições europeias, elas parecem modestas. Porém, tomando em consideração o conjunto das políticas que tem um impacto direto sobre a saúde (como o controle do mercado de alimentos ou de produtos medicinais, os programas europeus de pesquisa, a liberdade de circulação, etc.); ou tendo em conta as transformações nacionais devidas à difusão de modelos de ideias na Europa, o peso da UE adquire tal vulto que sua mensuração e análise parecem impossíveis (HAURAY, 2010). Logo, o presente trabalho não tem a pretensão de esgotar nenhuma dessas dimensões, senão a de ressaltar alguns dos aspectos que as perpassam, a fim de evidenciar as possibilidades e os desafios que a integração regional produz em relação à saúde pública.

Antes disso, é preciso elucidar que as competências em matéria de política de saúde e de prestação de cuidados sanitários aos cidadãos europeus incumbem, em primeiro lugar, aos Estados-membros, e a UE não pretende duplicar esse trabalho; no entanto, há domínios em que os Estados-membros não podem atuar sozinhos de modo eficaz, o que exige um trabalho “transectorial” (COMISSÃO EUROPEIA, 2007). Trata-se das grandes ameaças para a saúde e das questões com impacto transfronteiriço, como as pandemias e o bioterrorismo, além das consequências da livre circulação de mercadorias, serviços e pessoas em matéria sanitária.

⁴ Processo de integração que teve início, em 1951, com a criação da *Comunidade Europeia do Carvão e do Aço* (CECA) e conheceu sucessivas fases de alargamento e aprofundamento, hoje integrada por 27 Estados: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Romênia e Suécia.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Por conseguinte, embora o processo de integração europeu compreenda técnicas de supranacionalidade, e revolucione o direito das organizações internacionais com a transferência de algumas competências outrora eminentemente estatais ao âmbito comunitário (por vezes até de modo integral, como ocorre com a política comercial do bloco ou a política monetária da “zona euro”), **esse não é o caso dos temas de saúde pública**. Neles, a organização regional depende da transversalidade que caracteriza o direito internacional geral. Por não ter uma competência direta em matéria sanitária, o recurso legislativo de que se vale a UE é justamente a Diretiva comunitária, um tipo de norma de harmonização das normas nacionais que, mesmo depois de aprovada pelos Estados-membros, requer a transposição de seu conteúdo normativo às respectivas ordens internas.

Assim, ainda que as questões de saúde não se encontrem totalmente ausentes dos primeiros tratados europeus, elas foram abordadas de maneira indireta – por exemplo, embutidas nos temas de condições de trabalho ou segurança nuclear. No Tratado de Roma, elas aparecem apenas de modo negativo (HAURAY, 2010), no sentido de que a saúde pública permite justificar exceções às liberdades de circulação de pessoas, mercadorias, serviços e capitais⁵, como figura em alguns de seus dispositivos originais:

Artigo 30

São proibidas, entre os Estados-membros, as restrições quantitativas à importação, bem como todas as medidas de efeito equivalente.

...

⁵ Tal enfoque assemelha-se à abordagem do artigo XX b do *Acordo Geral sobre Tarifas* (GATT), de 1947: “Desde que essas medidas não sejam aplicadas de forma a constituir quer um meio de discriminação arbitrária, ou injustificada, entre os países onde existem as mesmas condições, quer uma restrição disfarçada ao comércio internacional, disposição alguma do presente capítulo será interpretada como impedindo a adoção ou aplicação, por qualquer Parte Contratante, das medidas: ... (b) necessárias à proteção da saúde e da vida das pessoas e dos animais e à preservação dos vegetais”. Bem mais recente (porque revisado em 2005), o *Regulamento Sanitário Internacional*, adotado no âmbito da Organização Mundial da Saúde, reflete a mesma tensão em seu artigo 2º: “O propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Artigo 34

São proibidas, entre os Estados-membros, as restrições quantitativas à exportação, bem como todas as medidas de efeito equivalente.

...

Artigo 36

As disposições dos artigos 30 e 34 são aplicáveis sem prejuízo das proibições ou restrições à importação, exportação ou trânsito justificadas por razões de moralidade pública, ordem pública e segurança pública; de proteção da saúde e da vida das pessoas e animais ou de preservação das plantas; de proteção do patrimônio nacional de valor artístico, histórico ou arqueológico; ou de proteção da propriedade industrial e comercial. Todavia, tais proibições ou restrições não devem constituir nem um meio de discriminação arbitrária nem qualquer restrição dissimulada ao comércio entre os Estados-membros.

Assim, uma série de iniciativas comunitárias procuraram conciliar as dimensões econômica e sanitária dos bens que circulam livremente. Foi o caso do controle sanitário dos medicamentos, considerado a melhor política europeia em matéria de saúde pública (HAURAY, 2010). A primeira Diretiva europeia a tratar do tema (nº 65, de 1965) indica que toda a regulamentação em matéria de produção e distribuição de medicamentos deve ter como objetivo essencial a salvaguarda da saúde pública, mas esse objetivo não deve ser alcançado por meios que venham a frear o desenvolvimento da indústria farmacêutica e o comércio de produtos no seio da comunidade; estabelece, ainda, que as disparidades entre as regras nacionais necessitam ser reduzidas, para evitar que elas entrem o comércio de medicamentos (HAURAY, 2006).

A partir dessa Diretiva, a crescente interdependência entre autoridades nacionais evoluiu até que se criasse, em 1995, uma agência europeia especializada no tema, a *European Medicines Agency* (EMA), sediada em Londres, e inspirada, em parte, na agência norte-americana *Food and Drug Administration* (FDA). Embora dotada de competências mais modestas do que a FDA, a EMA mantém um **procedimento centralizado** de autorização para que um produto circule no mercado europeu. As autoridades nacionais continuam existindo; todavia, quando um laboratório farmacêutico obtém uma autorização da EMA para a circulação de um produto (*European marketing authorisation*), as agências nacionais dos 27 Estados-membros da União a

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

adotam automaticamente (EMA, 2011), o que gera uma grande economia para a indústria farmacêutica, além de prevenir eventuais práticas anti-concorrenciais. No entanto, esse avanço no plano comunitário, embora eficaz no plano econômico, mostrou-se limitado no plano sanitário. Grandes escândalos envolvendo a circulação de medicamentos na Europa, como foi recentemente o caso do *Mediator* na França⁶, desnudaram a ausência de um sistema completo de fármaco-vigilância, com controle eficiente de etapas anteriores e posteriores à autorização para circulação de um produto em território europeu.

Ora, o medicamento não é um produto como os outros: é um bem a serviço da sociedade, que engendra a responsabilidade social da indústria farmacêutica, assim como a obrigação dos Estados de controlar estritamente sua circulação e de submeter os interesses econômicos da indústria farmacêutica ao interesse da coletividade, fomentando igualmente o espírito crítico de médicos e pacientes quanto ao uso de remédios (BOUKRIS, 2010). Entre outros aspectos,

é preciso abrir os sistemas de vigilância sanitária às expertises dissidentes, dar um estatuto legal aos lançadores de alertas e atribuir às associações, que devem ser representadas nas comissões científicas, o direito de impor audições públicas aos agentes sanitários. O princípio da contradição é uma das bases da segurança sanitária; mesmo os melhores sistemas de expertise podem falhar (TABUTEAU, 2010).

Retomando a evolução geral do tema da saúde na integração europeia, note-se que foi preciso esperar o *Tratado de Maastricht (Tratado da União Europeia, 1992)* para que a UE fosse investida de uma efetiva competência em

⁶ Produzido pelo Laboratório francês Servier, o produto antidiabético *Mediator* – prescrito geralmente como anorexígeno para pacientes que buscavam o emagrecimento – foi comercializado entre 1976 e 2009, causando a morte de ao menos 500 pessoas, além de milhares de hospitalizações. Ele foi retirado do mercado em diversos países, salvo Chipre, França e Portugal. No relatório que encerra a investigação movida pela *Inspeção Geral de Assuntos Sociais* do Estado francês, as autoridades concluem que o Laboratório Servier “anestesiou” os atores do sistema de controle de medicamentos durante 35 anos, e, valendo-se da expressão utilizada por dois ex-Presidentes da Comissão de autorização para circulação de medicamentos, “passou-os na farinha” (FRANÇA-IGAS, 2011).

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

matéria de saúde, ainda que dita atribuição limite-se ao encorajamento da cooperação entre os Estados-membros e, “se necessário”, ao apoio das instituições comunitárias aos governos nacionais. O dispositivo em questão conheceu, porém, uma significativa evolução até nossos dias, como demonstra a tabela seguinte.

Tabela 1 - A evolução do dispositivo sobre saúde nos Tratados Constitutivos europeus

<p>Art. 129 Tratado de Maastricht <i>Tratado da União Europeia (TUE)</i> 1992</p>	<p>Art. 152 §1º <i>Tratado de Amsterdam</i> 1997</p>	<p>Art. 168 Tratado de Lisboa <i>Tratado sobre o funcionamento da União Europeia (TFUE)</i> 2007</p>
<p>1. A Comunidade contribuirá para assegurar um elevado nível de proteção da saúde humana, incentivando a cooperação entre os Estados-membros e, se necessário, apoiando a sua ação.</p> <p>A ação da Comunidade incidirá na prevenção de doenças, principalmente dos grandes flagelos, incluindo a tóxico-dependência, fomentando a investigação sobre as respectivas causas e formas de transmissão, bem como a informação e a educação sanitária.</p> <p>As exigências em matéria de proteção da saúde constituem uma componente das demais políticas comunitárias.</p>	<p>1. Na definição e execução de todas as políticas e ações da Comunidade será assegurado um elevado nível de proteção da saúde.</p> <p>A ação da Comunidade, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde humana. Esta ação abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária.</p> <p>A ação da Comunidade será complementar da ação empreendida pelos Estados-membros na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção.</p>	<p>1. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde.</p> <p>A ação da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta ação abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas.</p> <p>A ação da União será complementar da ação empreendida pelos Estados-membros na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção.</p>
<p>2. Os Estados-membros coordenarão entre si, em articulação com a Comissão, as suas políticas e programas nos domínios a que se refere o nº 1. A Comissão, em estreito contato com os Estados-membros, pode tomar quaisquer iniciativas adequadas para promover essa coordenação.</p>	<p>2. A Comunidade incentivará a cooperação entre os Estados-membros nos domínios a que se refere o presente artigo, apoiando, se necessário, a sua ação.</p> <p>Os Estados-membros coordenarão entre si, em articulação com a Comissão, as suas políticas e programas nos domínios a que se refere o nº 1. A Comissão, em estreito contacto com os Estados-membros, pode tomar todas as iniciativas adequadas para promover essa coordenação.</p>	<p>2. A União incentivará a cooperação entre os Estados-membros nos domínios a que se refere o presente artigo, apoiando, se necessário, a sua ação. Em especial, incentiva a cooperação entre os Estados-membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças.</p> <p>Os Estados-membros coordenarão entre si, em articulação com a Comissão, as suas políticas e programas nos domínios a que se refere o nº 1. A Comissão, em estreito contacto com os Estados-membros, pode tomar todas as iniciativas adequadas para promover essa coordenação, nomeadamente iniciativas para definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas. O Parlamento Europeu é plenamente informado.</p>
<p>3. A Comunidade e os Estados-membros fomentarão</p>	<p>3. A Comunidade e os Estados-membros</p>	<p>3. A União e os Estados-membros fomentarão a</p>

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

<p>a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública.</p>	<p>fomentarão a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública.</p>	<p>cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública.</p>
<p>4. Para contribuir para a realização dos objetivos a que se refere o presente artigo, o Conselho aprovará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deliberando de acordo com o procedimento previsto no artigo 189-B, e após consulta do Comitê Econômico e Social e do Comitê das Regiões, ações de incentivo, com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-membros; - deliberando por maioria qualificada, sob proposta da Comissão, recomendações. 	<p>4. O Conselho, deliberando nos termos do artigo 189-B e após consulta ao Comitê Econômico e Social e ao Comitê das Regiões, contribuirá para a realização dos objetivos a que se refere o presente artigo, adotando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas; b) Em derrogação do artigo 43, medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública; c) Ações de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, com exclusão de qualquer harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-membros. 	<p>4. Em derrogação do nº 5 do artigo 2º e da alínea a) do artigo 6º, e nos termos da alínea k) do nº 2 do artigo 4º, o Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário e após consulta ao Comitê Econômico e Social e ao Comitê das Regiões, contribuirão para a realização dos objetivos a que se refere o presente artigo, adotando, a fim de enfrentar os desafios comuns em matéria de segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas; b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública; c) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico.
		<p>5. O Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário, e após consulta ao Comitê Econômico e Social e ao Comitê das Regiões, também podem adotar medidas de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, e nomeadamente a lutar contra os grandes flagelos transfronteiriços, medidas relativas à vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objetivo direto a proteção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo, com exclusão da harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-membros.</p>
	<p>[cont. do 4] O Conselho, deliberando por maioria qualificada, sob proposta da Comissão, pode igualmente adotar recomendações para os fins enunciados no presente artigo.</p>	<p>6. O Conselho, sob proposta da Comissão, pode igualmente adotar recomendações para os fins enunciados no presente artigo.</p>
	<p>5. A ação da Comunidade no domínio da saúde pública respeitará plenamente as competências dos Estados-membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. Em especial, as medidas a que se refere a alínea a) do nº 4 em nada afetam as disposições nacionais sobre doação de órgãos e de sangue ou sua utilização para fins médicos.</p>	<p>7. A ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-membros no que se refere à definição das respectivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. As responsabilidades dos Estados-membros incluem a gestão dos serviços de saúde e de cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhes são afetados. As medidas a que se refere a alínea a) do nº 4 não prejudicam as disposições nacionais sobre doação de órgãos e de sangue ou utilização dos mesmos para fins médicos.</p>

Fonte: elaborado pela autora, com base nos tratados constitutivos.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Tal evolução explica-se, inicialmente, pelo surgimento, na Europa, de casos de *encefalopatia espongiforme bovina*, gerando a chamada “crise da vaca louca”. A Comissão Europeia adotou, em 1996, o embargo comercial da carne britânica, pretensa origem da propagação da doença, num momento em que não existia certeza alguma sobre a transmissão da enfermidade do animal ao homem. Uma intensa discussão sobre o **princípio da precaução** instalou-se, então, na Europa. Após intenso contencioso, o *Tribunal da União Europeia*, sediado em Luxemburgo, encarregado da interpretação e da aplicação do direito europeu, definiu o princípio da precaução como um princípio geral e autônomo de direito comunitário, que, **em caso de incerteza científica**, torna obrigatória para as autoridades competentes a tomada de medidas apropriadas para prevenir certos riscos potenciais para a saúde pública, a segurança e o ambiente (JOURDAIN-FORTIER, 2006). Considera-se que a “crise da vaca louca”, por sua repercussão midiática e política, deixou claro **o papel central que a Europa, através do mercado, havia adquirido em matéria de saúde pública** (HAURAY, 2010). Diversos princípios fundamentais resultaram dessa crise, entre eles o da *rastreabilidade* dos produtos, a fim de permitir que a origem de eventual contaminação fosse rapidamente identificada. Tal princípio foi erigido pela UE como critério de importação de produtos agropecuários, e, por vezes, opera como verdadeiro obstáculo técnico aos países que desejam exportar ao mercado europeu, ainda reticentes em relação ao princípio da precaução.

A “crise da vaca louca”, somada a escândalos ligados à contaminação de sangue e outros episódios que chocaram a opinião pública, tornaram imperativo o reforço das competências europeias em matéria de saúde quando da revisão dos tratados constitutivos. Vale recordar que, na tensão entre aprofundamento e alargamento (isto é, da preparação das instituições comunitárias para a adesão de novos Estados-membros), o direito originário europeu passou as últimas décadas como um grande canteiro de obras,

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

acumulando pequenos êxitos e grandes fracassos, como foi o caso da recusa do projeto de tratado constitucional, denominado *Constituição Europeia*.

Um dos êxitos das revisões foi obtido no *Tratado de Amsterdã*, de 1997, que permitiu à UE a adoção suas primeiras normas coercitivas em dois domínios: no setor veterinário e fitossanitário, e igualmente no que se refere aos produtos humanos e o sangue (HAURAY, 2010). Como fruto do acúmulo de uma série de iniciativas europeias em matéria sanitária, que responderam às novas demandas da cidadania e dos governos, o Tratado de Lisboa (*Tratado sobre o funcionamento da UE*, de 2007) ofereceu uma base jurídica mais ampla para a atuação comunitária.

Por outro lado, no plano institucional, os serviços encarregados de questões de saúde estavam dispersos nas diferentes Direções-Gerais da Comissão Europeia. Eles foram agrupados, a partir de 1999, numa Direção única: a *Direção-Geral de Saúde e dos Consumidores (DG Sanco)*, que atualmente tem à sua testa o Comissário maltês John Dalli. Baseada em Bruxelas e Luxemburgo, a DG Sanco dispõe de comitês científicos independentes, além de um escritório veterinário sediado em Dublin, e do *Forum Europeu da Saúde*, que reúne cerca de cinquenta organizações europeias representativas de pacientes, profissionais de saúde, hospitais, instituições de previdência social, indústria de medicamentos e principais organizações não-governamentais (SAUER, 2005). Ademais, a UE criou diversas agências, relacionadas direta ou indiretamente à saúde pública, especializadas com o escopo de reforçar sua capacidade de informação e coordenação. Trata-se de organismos de direito público europeu, instituídos por normas das instituições comunitárias, dotados, contudo, de personalidade jurídica própria, a fim de cumprir tarefas específicas, de natureza técnica, científica ou administrativa. Além da já mencionada EMA, entre outras, vale citar a *Agência Europeia da Segurança e da Saúde no Trabalho (EU-OSHA)*, a *Autoridade Europeia de Segurança dos Alimentos (EFSA)*, o *Centro*

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Europeu para Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) e o Observatório Europeu de Drogas e Toxicomanias (EMCDDA).

No ano de 2007, após um longo processo de consulta à sociedade civil e aos Estados-membros sobre a ação da UE no domínio da saúde, a Comissão Europeia formulou a primeira “estratégia sanitária comunitária”, sob a forma de um *Livro Branco*⁷, que pode ser resumida no quadro seguinte.

Tabela 2 - A estratégia europeia para saúde entre 2008 e 2013

		Ações	Encarregados
Princípios	Uma estratégia baseada em valores compartilhados	Adoção de uma declaração sobre os valores de saúde fundamentais	Comissão, Estados-membros
		Sistema de Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia, com mecanismos comuns de coleta de dados sobre saúde comparáveis em todos os níveis, incluindo comunicação sobre o intercâmbio de informação no domínio da saúde	Comissão
		Prosseguimento dos trabalhos com vista a encontrar as vias para a redução das desigualdades na saúde	Comissão
		Promoção de programas de informação sobre saúde, dirigidos a diferentes grupos etários	Comissão
	A saúde é a maior riqueza	Desenvolver um programa de estudos analíticos das relações econômicas entre a situação sanitária, o investimento na saúde e o crescimento e desenvolvimento econômicos	Comissão, Estados-membros
	Integrar a dimensão da saúde em todas as políticas	Reforçar a integração das questões da saúde em todas as políticas do âmbito comunitário, dos Estados-membros e das regiões, recorrendo à avaliação de impacto e a instrumentos de avaliação	Comissão, Estados-membros
	Reforçar a influência da UE no domínio da saúde a nível mundial	Melhorar o estatuto da UE nas organizações internacionais e reforçar a cooperação no domínio da saúde com parceiros e países estratégicos	Comissão
		Em consonância com as prioridades acordadas com países terceiros, com o diálogo político e com as abordagens setoriais no âmbito da assistência externa, assegurar a inclusão da saúde na assistência externa da UE e encorajar a aplicação dos acordos internacionais no domínio da saúde, como a Convenção-	Comissão

⁷ Em direito institucional europeu, os *Livros Brancos* editados pela Comissão Europeia apresentam propostas de ação comunitária num setor específico, com o intuito de deflagrar decisões políticas ou mesmo uma política concertada da UE. Com frequência, mas nem sempre, os Livros Brancos sucedem os *Livros Verdes* da Comissão, que oferecem um leque de ideias para lançar, no âmbito europeu, consultas sobre temas específicos. Eles constituem, por excelência, a base das consultas à sociedade civil.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

		quadro para a luta anti-tabaco da OMS e o Regulamento Sanitário Internacional	
Objetivos	Promover a saúde numa Europa em envelhecimento	Medidas de promoção da saúde dos idosos e da população ativa, e ações relativas à saúde infantil e juvenil	Comissão
		Desenvolvimento e concretização de ações em matéria de tabaco, alimentação, álcool, saúde mental e outros fatores ambientais e socioeconômicos mais vastos que afetam a saúde	Comissão, Estados-membros
		Novas diretrizes sobre o rastreio do câncer e uma comunicação sobre a ação europeia no domínio de doenças raras	Comissão
		Acompanhamento da Comunicação sobre transplantes e doação de órgãos	Comissão
	Proteger os cidadãos das ameaças à saúde	Reforçar os mecanismos de vigilância e resposta às ameaças à saúde, mediante revisão do mandato do Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças	Comissão
		Aspectos da saúde no âmbito da adaptação às mudanças climáticas	Comissão
	Promover sistemas de saúde dinâmicos e novas tecnologias	Quadro comunitário para serviços de saúde seguros, de elevada qualidade e eficientes	Comissão
		Apoio aos Estados-membros e às regiões na gestão da inovação nos sistemas de saúde	Comissão
		Apoio à aplicação e inter-operabilidade de soluções de saúde em linha nos sistemas de saúde	Comissão

Fonte: elaborado com base no texto do Livro Branco (COMISSÃO EUROPEIA, 2007).

Apesar do esforço para a definição dessa estratégia, e dos progressos crescentes que a UE tem realizado em matéria sanitária, pode-se afirmar que um quadro coerente de ações ainda não foi obtido. As políticas europeias com incidência na saúde pública continuam fragmentadas por ao menos três razões importantes: elas frequentemente surgem de modo casuístico, como resposta a ameaças ou problemas específicos; a maioria delas decorre de dinâmicas geradas pela construção do mercado único, sem ter como objetivos primeiros os da saúde pública; e as reticências dos Estados e as limitações orçamentárias da DG Sanco seguidamente limitam a ação comunitária à formação de redes e à troca de informações (HAURAY, 2010).

No breve panorama traçado por este capítulo, faz falta, indubitavelmente, a análise crítica de aspectos cruciais como a recente *Diretiva sobre o exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde*

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

transfronteiriços (UE, 2011), que procura traduzir a complexa jurisprudência comunitária em matéria de circulação de serviços de saúde⁸, e, por sua densidade, merece um estudo dedicado exclusivamente a ela.

Comparativamente à Organização Mundial do Comércio e outros processos de integração ditos “mercantilistas”, alguns autores consideram que a UE, graças à sua capacidade de orientar escolhas políticas e regular conflitos por meio de utensílios conceituais próprios, é menos tributária do imperativo do livre-comércio, e constitui um lugar de reflexão onde a sociedade pode decidir o modo pelo qual será utilizado o progresso científico que lhe é proposto (BOSSIS, 2005).

3. A saúde pública no direito do MERCOSUL

Diferentemente da UE, que prevê mecanismos decisórios com votação por maioria simples ou qualificada, e órgãos dotados de competências transferidas pelos Estados, o MERCOSUL⁹ compreende um processo intergovernamental puro: seu mecanismo de tomada de decisões é o consenso, com a presença de todos os Estados Partes. Ao contrário do que se poderia supor, o mimetismo institucional do MERCOSUL não se dirige à UE, e sim à Organização Mundial do Comércio, o que deixa entrever uma concepção

⁸ Por exemplo, os casos *Kohll & Decker* (1998), que introduz a possibilidade de reembolso de tratamentos ambulatoriais realizados por um cidadão europeu em outro Estado-membro, mas de acordo com as tarifas de seu país de origem; *Smits & Peerboom* (2001), que suscitou a questão dos cuidados hospitalares; *Muller-Fauré* (2003), que descarta a autorização preliminar do sistema de origem para os tratamentos ambulatoriais; *Doc Morris* (2003) que possibilita a venda de medicamentos que dispensam prescrição médica pela Internet; *Burbaud* (2004), que estende a liberdade de circulação de trabalhadores aos diretores de hospitais; *Watts* (2006), que coloca em questão do financiamento público da saúde nos sistemas nacionais; e *Stamatelaki* (2007), que confirma a obrigação de um Estado-membro de arcar com os custos de tratamentos realizados numa clínica privada estrangeira. Assim, a jurisprudência da UE permitiu a extensão progressiva do conceito de liberdade de circulação a um domínio até então reservado aos Estados, sob um ponto de vista claramente favorável ao paciente (SENN, 2007).

⁹ Criado pelo *Tratado de Assunção*, de 26 de março de 1991, o *Mercado Comum do Sul*, MERCOSUL, é composto por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. A Venezuela aderiu ao bloco, em 2005, desfrutando hoje de um status institucional *sui generis*. São Estados Associados ao bloco: Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

“mercantilista” da integração regional – isto é, voltada aos utensílios de remoção de barreiras ao comércio, em lugar de políticas regionais comuns.

Ainda assim, o quadro institucional do MERCOSUL é globalmente muito menos eficaz do que o da OMC, sobretudo quando se analisa o peso da incorporação das normas multilaterais do comércio nos ordenamentos nacionais, e o grau de efetividade do sistema de solução de controvérsias da OMC, comparados ao grau de incorporação das normas do MERCOSUL e ao modesto número de demandas que conheceu seu sistema de solução de controvérsias – criado pelo *Protocolo de Brasília*, de 17 de dezembro de 1991, e aperfeiçoado pelo *Protocolo de Olivos*, de 18 de fevereiro de 2002. O modelo do sistema de solução de controvérsias estabelecido por Olivos, é, aliás, apesar da referência à criação de um *tribunal*, nada mais do que o formato da OMC: o *Tribunal Permanente de Revisão* do MERCOSUL cumpre, no sistema sulino, a função que o *Órgão Permanente de Apelação* cumpre no sistema multilateral (VENTURA, 2005).

Com efeito, a estrutura orgânica do MERCOSUL é a um só tempo:

- ▶ **minimalista**, no sentido de que apenas três órgãos, coordenados pelos Ministérios das Relações Exteriores nacionais, dispõem de poder decisório – segundo o *Protocolo de Ouro Preto*, de 17 de dezembro de 1994, são eles o *Conselho do Mercado Comum* (CMC), composto pelos Ministros das Relações Exteriores e os Ministros da Economia dos Estados-membros (artigo 4); o *Grupo Mercado Comum* (GMC), composto por autoridades de nível ministerial das pastas citadas, além dos Bancos Centrais (artigo 11); e a *Comissão de Comércio do MERCOSUL* (CCM), composta por representantes dos governos (artigo 17). O Grupo é considerado o “órgão executivo” do MERCOSUL, enquanto o Conselho é seu órgão “máximo”, de direção política, e a

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Comissão, o organismo encarregado da coordenação das políticas comerciais dos Estados-membros; e

- ▶ **perdulária**, no sentido de que ocorrem semestralmente centenas de reuniões de órgãos desprovidos de poder decisório, de composição instável e heterogênea, essencialmente integrada por funcionários das diferentes pastas dos governos nacionais, produzindo projetos de decisões e de normas que deverão ser submetidas, uma vez por semestre, ao “funil” dos órgãos decisórios.

Ressalte-se que **todas as normas do MERCOSUL, inclusive as comerciais, devem ser incorporadas às ordens nacionais para que se tornem vigentes nos Estados Partes** (conforme artigos 40 e 42 do Protocolo de Ouro Preto), salvo aquelas que concernem exclusivamente ao funcionamento dos órgãos que as adotam, o que é indicado em cláusula expressa ao final do texto em questão.

O MERCOSUL possui ainda três órgãos, dois consultivos e outro de apoio, que não participam de seu processo decisório, salvo por rara liberalidade dos órgãos decisórios. São eles o *Foro Consultivo Econômico-Social*, o *Parlamento do MERCOSUL* (antiga Comissão Parlamentar Conjunta) e a *Secretaria do MERCOSUL* (antiga Secretaria Administrativa do MERCOSUL).

Como balanço crítico do funcionamento da estrutura institucional do MERCOSUL, saltam aos olhos três elementos: o montante gasto pelos Estados Partes com o deslocamento de suas burocracias nacionais é maior ou equivalente ao custo da criação de um corpo permanente especializado, dedicado em tempo integral às questões da integração econômica, perfazendo uma opção pela discricionariedade absoluta que produz grande impacto sobre a cultura institucional do bloco; a base intergovernamental, coadjuvada por uma grande fragmentação de agendas e de instâncias negociadoras, favorece a

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

perda de visão integral e regional; e, por fim, a superposição de funções, competências e temas se retroalimenta, gerando, ademais, um imenso déficit de legitimidade democrática no processo deliberativo do MERCOSUL (VENTURA, CAETANO & VAZQUEZ, 2008).

Por tudo isto, são incomparáveis as possibilidades de ação da UE e do MERCOSUL. Apesar de suas limitações, o MERCOSUL tem funcionado como um foro de troca de informações e de coordenação de políticas nacionais de saúde. A depender da composição de seus Ministérios da Saúde nacionais, os organismos de negociação dos temas sanitários no MERCOSUL, todos eles desprovidos de poder decisório, conheceram momentos de maior ou menor dinamismo. Malgrado a dependência do voluntarismo das autoridades nacionais, de modo geral, ao longo dos vinte anos de existência do MERCOSUL, trata-se de uma das áreas em que a integração produziu um maior número de normas e iniciativas de cooperação. Difícil, porém, precisar o grau de eficácia de tais regras e esforços, eis que eles dependem integralmente de sua transposição aos ordenamentos nacionais, não existindo órgão regional de controle de sua aplicação.

No que atine à estrutura institucional, por meio da Decisão nº03/95, o CMC criou, em 5 de agosto de 1995, a *Reunião de Ministros da Saúde* (RMS) do MERCOSUL, sob a justificativa de que “para o avanço do processo de integração do MERCOSUL, é conveniente tratar determinados assuntos em nível ministerial” (Preâmbulo). De acordo com o único artigo dessa Decisão, a função da RMS é a de propor ao CMC “medidas orientadas à coordenação de políticas na área da saúde para o MERCOSUL”. A RMS é vinculada ao Conselho, a quem ela submete projetos de *Acordos*. Sua estrutura compreende comitês intergovernamentais, comissões, programas e grupos *ad hoc* para a realização de tarefas específicas. Como exemplo da atuação da RMS, pode ser citada a *Comissão Intergovernamental de Implementação do “Regulamento Sanitário Internacional”* (CIRSI), que procura identificar os problemas comuns

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

enfrentados pelos Estados Partes no cumprimento de suas obrigações originadas no RSI.

Em 13 dezembro de 1996, o Grupo Mercado Comum criou o *Sub-Grupo de Trabalho nº 11* (SGT 11), por meio da *Resolução 151/96*. Em seu preâmbulo, tal norma justifica a criação do SGT 11 pelo compromisso que têm os Estados Partes de harmonizar suas legislações nas questões relativas à saúde, acrescentando a necessidade de criação de uma “órgão técnico, de caráter deliberativo, que centralize o tratamento das referidas questões, de modo a facilitar a harmonização das legislações nacionais e a compatibilização dos sistemas de controle sanitário dos Estados Partes”. O artigo 2º dessa breve Resolução estabelece que o GMC controlará a pauta negociadora do SGT-11, a fim de determinar prioridades e elaborar o cronograma para seu cumprimento. Por fim, o artigo 3º ressalta que as pautas negociadoras deverão respeitar o estrito limite de competência de cada um dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes. O quadro seguinte demonstra o itinerário das normas do SGT-11 até que venham a ter vigência nos direitos nacionais.

Fluxo das Resoluções do SGT nº 11 até sua incorporação aos ordenamentos nacionais

Fase 1	(Comissões, Subcomissões e Grupos <i>Ad Hoc</i>) <ul style="list-style-type: none">- Levantamento das legislações pertinentes nos 4 países e identificação dos pontos comuns- Negociação e harmonização do Projeto de Resolução nas reuniões quadripartites
Fase 2	<ul style="list-style-type: none">- Consulta Interna nos Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai)- Harmonização dos pontos detectados na Consulta Interna
Fase 3	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação pelos Coordenadores Nacionais: aprovação ou não- Caso aprovado, elevar ao GMC- Caso não aprovada, devolver às Comissões/Subcomissões ou Comissão/GAHs para revisão, implementação e aperfeiçoamento do Projeto de Resolução
Fase 4	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação do GMC

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

	- Aprovação pelo GMC, transformando-se em Resoluções com definição de prazos
Fase 5	- Incorporação ao Ordenamento Jurídico Nacional – “Internalização”

Fonte: MERCOSUL-RMS, 2003.

Por outro lado, a tensão entre comércio e direitos humanos, particularmente os ambientais e sanitários, aparece, com nitidez, no contencioso existente entre os países no âmbito do sistema de solução de controvérsias do MERCOSUL. Um emblema desta tensão transversal é o paradigmático “caso das *papeleiras*”, em que Argentina e Uruguai enfrentaram-se em variadas frentes, e por meio de diferentes atores. Em virtude do *Estatuto do Rio Uruguai*¹⁰, os dois Estados comprometeram-se – num acordo internacional clássico de gestão conjunta de recursos hídricos, e dezesseis anos antes da formação do MERCOSUL – a comunicar a uma comissão administradora binacional a realização de qualquer obra que pudesse afetar a qualidade de suas águas. No entanto, o governo uruguaio, sob a Presidência de Jorge Battle, em fevereiro de 2005, autorizou, sem prévia consulta formal ao sócio, a instalação de duas indústrias de celulose à beira do rio. Segundo a Argentina, o Uruguai descumpriu o seu dever de informação quanto aos critérios que determinaram a escolha da técnica de produção (conhecida como “kraft”) e da sede das duas fábricas, em locais tão próximos das populações ribeirinhas (VENTURA & MIOLA, 2009). As consequências sobre o direito à saúde dessas populações são evidentes, em particular no que concerne à contaminação dos recursos hídricos, à chuva ácida e os vapores nefastos, típicos das zonas de produção de celulose.

Depois de tentativas fracassadas de negociação bilateral, e de uma solicitação, sem êxito, dos bons ofícios do Secretário Geral da *Organização dos Estados Americanos* (OEA), o caso chegou ao *Tribunal Internacional de*

¹⁰ Assinado em 26 de fevereiro de 1975, na cidade de Salto (Uruguai), e em vigor desde 18 de setembro de 1976.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Justiça (TIJ) e ao sistema de solução de controvérsias do MERCOSUL. Note-se que, por força da cláusula de eleição de foro constante do Protocolo de Olivos, uma vez deflagrado o sistema de solução de controvérsias do MERCOSUL, fica excluído obrigatoriamente o recurso a outro sistema, pelo que a Argentina restringiu-se à Haia e o Uruguai à Assunção, renunciando ambos, definitivamente, ao sistema da OMC (VENTURA & MIOLA, 2009). Portanto, esse recurso só foi possível porque o objeto da contenda era diferente, como será explicado a seguir.

Chama a atenção que sócios num bloco econômico tenham recorrido ao TIJ, do outro lado do Oceano Atlântico, para resolver suas contendas, e não surpreende que tal recurso tenha se mostrado inócuo. Fundada no Estatuto do Rio Uruguai, bem anterior ao advento do MERCOSUL, e tomando a demanda como se exclusivamente ambiental fosse, a Argentina requereu aos juízes de Haia, em 4 de maio de 2006, a declaração da violação, pelo Uruguai, das cláusulas daquele acordo bilateral, particularmente as obrigações de notificação prévia da instalação das “papeleiras” e a preservação do meio-ambiente. Invocando a responsabilidade internacional do requerido, a requerente clamou pela reparação integral do prejuízo causado, rogando ainda, como medida cautelar, a interrupção imediata das obras. A seguir, foi a vez do Uruguai formular um pedido liminar, no mesmo processo, de que o TIJ ordenasse à Argentina a tomada de medidas que prevenissem ou fizessem cessar a interrupção da circulação entre os contêdores, especialmente o bloqueio de pontes e estradas (VENTURA & MIOLA, 2009). Demandante e demandado conseguiram ser derrotados pela decisão interlocutória do TIJ, de 23 de janeiro de 2007, pela qual os magistrados entenderam que as circunstâncias expostas pelos Estados não exigiam medidas cautelares. De modo geral, o Tribunal considerou que nem o bloqueio das vias de acesso havia impedido o progresso das obras de instalação das papeleiras, nem o risco ambiental demonstrado pela Argentina justificava a interrupção das obras. O julgamento do mérito da demanda reiterou a decisão *in limine*.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Paralelamente, o Uruguai recorreu ao sistema de solução de controvérsias do MERCOSUL. A demanda uruguaia diferencia-se radicalmente daquela apresentada pela Argentina junto ao TIJ, pois funda-se na violação, por Buenos Aires, do tratado constitutivo do MERCOSUL, e não do Estatuto do Rio Uruguai. Configura uma querela comercial, relativa à circulação de mercadorias e pessoas, e não uma contenda ambiental. O Uruguai solicitou ao tribunal, além da declaração de ilegalidade daquela conduta, que a Argentina adotasse as medidas apropriadas para prevenir ou fazer cessar futuros bloqueios de estradas e pontes. Em sua defesa, a Argentina alegou, principalmente, não ser o Estado o autor dos gestos em questão, e sim os movimentos sociais, amparados pela Constituição no exercício de seus direitos de expressão (VENTURA & MIOLA, 2009).

Em junho de 2006, os árbitros *ad hoc* acolheram parcialmente a demanda uruguaia, declarando que a ausência das devidas diligências por parte da reclamada para restabelecer a circulação entre os Estados é incompatível com o Tratado de Assunção, negando-se, porém, a emitir qualquer enunciado sobre eventos futuros. Duas semanas depois, o Tribunal Permanente de Revisão denegou um recurso apresentado pela Argentina contra o laudo do tribunal *ad hoc*. O debate arbitral deste caso fez-se acompanhar de intensa mobilização social (VENTURA & MIOLA, 2009).

O “caso das papeleiras” é, como foi demonstrado, um exemplo que o contencioso no âmbito do MERCOSUL ainda está longe de oferecer um campo para afirmação dos direitos humanos, omitindo-se completamente quanto à discussão do direito à saúde.

4. Considerações finais

Em guisa de conclusão, emerge do breve panorama desse artigo a necessidade de que o direito internacional da saúde, inclusive em sua dimensão regional, evolua em direção a uma maior efetividade, e que as

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

nações reconheçam o seu primado sobre o direito comercial ou outras disciplinas cujo fundamento não é a proteção da vida (VENTURA, 2002). Os processos de integração, por suas possibilidades de romper a lógica de pura liberalização comercial, constituem um espaço valioso para tal evolução. Neles, a tensão entre interesses econômicos e direitos humanos aparece com tanta força quanto nos âmbitos multilaterais e nacionais. No entanto, eles podem dispor de utensílios singulares para conter os efeitos nefastos da globalização econômica. As técnicas jurídicas para tanto já existem. Resta saber se, para além da retórica integracionista, há vontade política de colocá-las em marcha.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

5. Referências bibliográficas

BÉLANGER, Michel. *Introduction à un droit mondial de la santé*, Paris: Archives contemporaines, 2009.

BOSSIS, Gaëlle. *La sécurité sanitaire des aliments en droit international et communautaire*. Bruxelas : Bruylant, 2005.

BOUKRIS, Sauver. “L'autre face du médicament : ses effets secondaires et indésirables », *Le Monde*, 10 de dezembro de 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Saúde no MERCOSUL*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CANOTILHO, Joaquim J.G. *Brançosos e Interconstitucionalidade – Itinerários dos discursos sobre a historicidade constitucional*, Coimbra: Almedina, 2006.

CASSESE, Antonio. *International Law*. 2 ed. Oxford, 2005.

CASTRO, Edgardo. *Vocabulário de Foucault – Um percursos pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CLAPHAM, Andrew, ROBINSON, Mary (orgs.). *Realizing the Right to Health*. Zurich: Universidade de Zurich/DFA, 2009.

COMISSÃO EUROPEIA. *Livro Branco. Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*. COM (2007) 630 final. Bruxelas, 23 de outubro de 2007.

CORREA, Carlos. *Propriedade intelectual e saúde pública*. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2007.

CROUZATIER, Jean Marie. *Droit international de la santé*. Paris : Archives contemporaines, 2009.

DALLARI, Sueli, NUNES Jr., Vidal Serrano. *Direito Sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2010.

DECAUX, Emmanuel. *Droit international public*. 3 ed. Paris: Dalloz, 2002.

DELMAS-MARTY, Mireille. *Les forces imaginantes du droit – Le relatif et l'universel*, Paris: Seuil, 2004.

_____. *Les forces imaginantes du droit (II) - Le Pluralisme ordonné*. Paris. Seuil, 2006.

_____. *Les forces imaginantes du droit (III) - La refondation des pouvoirs*. Paris. Seuil, 2007.

_____. *Les forces imaginantes du droit (IV) – Vers une communauté de valeurs ?* Paris. Seuil, 2011.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

DINH, Nguyen Quoc ; DAILLIER, Patrick ; PELLET, Alain. *Direito internacional público*. 2 ed. Lisboa : Calouste Gulbenkian, 2003.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY - EMA, sítio oficial. Disponível em <<http://www.ema.europa.eu>>

FERRAUD-CIANDET, Natalie. *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international*. Bruxelas: Lacier, 2009.

FIDLER, David. "After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends", 2 *Global Health Governance*, 2009.

_____. *Global Health Law* (with Lawrence O. Gostin), Cambridge, MA: Harvard University Press: 2011.

_____. "Global Health Jurisprudence: A Time of Reckoning", 96 *Georgetown Law Journal* 393 (2008).

_____. *Navigating the Global Health Terrain: Preliminary Considerations on Mapping Global Health Diplomacy*, Geneva: WTO, Globalization, Trade, and Health Working Paper Series, 2008.

FRANÇA. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES - IGAS. *Enquête sur le médiateur*. Rapport définitif. Janeiro de 2011. Disponível em : <www.igas.gouv.fr>

HABERMAS, Jurgen. *La technique et la science comme "idéologie"*, Paris: Gallimard, 2000.

HAURAY, Boris. *L'Europe du médicament, Politique – Expertise – Intérêts privés*. Paris: Presses de Sciences Po, 2006.

_____. « Politiques européennes ». In: FASSIN, Didier; HAURAY, Boris (dir.). *Santé publique – L'état de savoirs*. Paris: INSERM/La Découverte, 2010, p.383-394.

JOURDAIN-FORTIER, Clotilde. *Santé et commerce international – Contribution à l'étude de la protection des valeurs non marchandes par le droit du commerce international*. Paris: LITEC, 2006.

KECK, Frédéric. "Les usages du biopolitique", *L'Homme, Miroirs transatlantiques*, 2008, 187-188.

KOSKENNIEMI, Martti. "International law and hegemony: a reconfiguration" (For Cambridge Review of International Affairs, 2004). Disponível em: <<http://www.helsinki.fi/eci/Publications/MHegemony.pdf>>

KOURILSKY, Philippe. « Les sciences qui s'ignorent », In : KEROUEDAN, Dominique (dir.), *Santé Internationale – Les enjeux de la santé au Sud*, Paris : SciencesPo, 2011, p. 15-17.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

LÓPES, A.; NIEMBRO, A.; RAMOS, D. “Exportaciones de servicios de salud: los casos de Argentina, Brasil y México”. *Observatorio económico de la Red Mercosur*, 29 de novembro de 2010. Disponível em: <oered.org>.

MBENGUE, Makane Moïse. *Essai sur une théorie du risque en droit international public – l’anticipation du risque environnemental et sanitaire*. Paris : Pedone, 2009.

TABUTEAU, Didier (coord). « Les métamorphoses des politiques de santé », Dossier. *Revue française d’administration publique*. N. 113. Paris : ENA/La doc française, 2005.

TEUBNER, Gunther. *Direito, sistema e policontextualidade*, Piracicaba: Unimep, 2005.

MEDRONHO, Roberto. « Influenza A: tecnicamente já estamos vivendo uma pandemia”. Entrevista do mês. *Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: CECOVisa/ENSP/FIOCRUZ, julho de 2009.

MERCOSUL. REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DO MERCOSUL. Acordo Nº 01/2006. Ata XX RMS, 29 de junho de 2006. Disponível em <<http://MERCOSULsaudetemp.com>>

NEVES, Marcelo da Costa Pinto. *Transconstitucionalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

OMS. Relatórios e textos de análise.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ASSEMBLÉIA GERAL. COMISSÃO DE DIREITO INTERNACIONAL. *Fragmentation du droit international: difficultés découlant de la diversification et de l’expansion du droit international. Rapport du Groupe d’étude de la Commission du droit international*. Établi sous sa forme définitive para Martti Koskenniemi. A/CN.4/L.682. Genebra, 13 de abril de 2006.

OST, François, VAN DER KERCHOVE, Michel. *De la pyramide au réseau?* Bruxelas: Facultés Saint-Louis, 2002 .

REVEL, Judith. “Biopolitique”, *Dictionnaire Foucault*, Paris: Ellipses, 2008.

SANDOZ, Yves (ed.). *Quel droit international pour le 21^e siècle ?* Bruxelas : Bruylant, 2007.

SAUER, Fernand. “Les ambitions européennes en matière de santé”, *Revue française d’administration publique*, ENA, 2005, p.147-157.

SENN, Arnaud. « Les services de la santé en Europe en 2007 : quels enjeux ? » *Questions d’Europe* nº 72, Fondation Robert Schuman, 17 de setembro de 2007.

SOARES, Guido. “O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança”, *Revista de Direito Sanitário*, vol. I, n. I, novembro de 2000.

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

SOREL, Jean-Marc. « La notion de bien public mondial vue du droit international ». In MEHDI, Rostane ; MALJEAN-DUBOIS, Sandrine. *La société internationale et les grandes pandémies*. Paris : Pedone, 2007, p.164-7.

TABUTEAU, Didier. “Renforcer la crédibilité de la sécurité sanitaire – Pour des experts dissidents”, *Le Monde*, 11 de dezembro de 2010.

UNIÃO EUROPEIA. *Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços*. JOUE L 88/45 de 4 de abril de 2011.

VENTURA, Deisy. “Direito Internacional Sanitário”. In: ARANHA, Márcio; TOJAL, Sebastião (Orgs.). *Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e Magistratura Federal*. Brasília: UnB, 2002, p. 543-562.

_____, « Mercosur ». Verbete. In: A.J. Arnaud (org), *Dictionnaire de la globalisation*. Paris: LGDJ, 2010, p. 352-354.

_____, “Overlapping Asymmetries or Normative Cubism? The Transposition of Norms in MERCOSUR” In: *Deepening integration in MERCOSUR: dealing with disparities*. Washington : Inter-American Development Bank, 2008, p. 381-400.

_____. “The Role of Academia in Regional Governance”. In: *Research and international trade policy negotiations: knowledge and power in Latin America*. ed.New York/London/Ottawa : Taylor & Francis/ International Development Research Centre, 2009, p. 41-47.

_____. “Hiatos da transnacionalização na nova gramática do direito em rede”: um esboço de conjugação entre estatualismo e cosmopolitismo. In: *Anuário do Programa de Pós-Graduação em Direito*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007, v.4, p. 89-107.

_____. *Las asimetrías entre el Mercosur y la Unión Europea*. Montevideo: Fundação Konrad Adenauer, 2005. Disponível em: <<http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=2238>>

_____. “Pandemias e estado de exceção”. In: Marcelo Catoni e Felipe Machado. (Org.). *CONSTITUIÇÃO E PROCESSO: a resposta do constitucionalismo à banalização do terror*. Belo Horizonte, MG: Del Rey/IHJ, 2009, p. 159-181.

_____. “Uma visão Internacional do Direito à Saúde”. In: COSTA, Alexandre et al. *O Direito Achado na Rua - Introdução Crítica ao Direito à Saúde*. Brasília: UNB, 2009, p. 77-88.

_____; CAETANO, Gerardo; VAZQUEZ, Mariana. “Reforma institucional del Mercosur. Análisis de un reto”, *Reforma Institucional del Mercosur: del diagnóstico a las propuestas*. Montevideu: CEFIR, 2008, p. 21-76.

_____; DRI, Clarissa. “Uma assembleia em construção: funções e desafios do Parlamento do MERCOSUL” In: *Anuário Brasil-Europa 2008*. Rio de Janeiro :

VENTURA, D. F. L. Saúde Pública e Integração Regional: tensões entre o direito à saúde e o comércio internacional. In: Armin Von Bogdandy; Flávia Piovesan; Mariela Morales Antoniazzi. (Org.). *Direitos Humanos, Democracia e Integração Jurídica na América do Sul*. Rio de Janeiro: Max Planck Institute/Lumen Juris/PUC-SP, 2011, v. 1, p. 449-472.

Fundação Konrad Adenauer, 2009, p. 63-80.

___; MIOLA, Iagê. “Os efeitos da transnacionalização sobre a governança regional: o caso da conflituosa implantação da indústria de celulose no Cone Sul da América”, *Contexto Internacional* (PUCRJ. Impresso), v.31, p.391 - 427, 2009.

___; PEROTTI, Alejandro. *Proceso legislativo del MERCOSUR*. Montevideu: Fundação Konrad Adenauer, 2004.

___; SILVA, Marcelo. « La société internationale et les grandes pandémies ». Resenha. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, 2008, p. 280-283.