# Entre uma ESPII e transições: os desafios atuais da governança global da saúde e da OMS

## *Entre una PHEIC y las transiciones: desafíos actuales para la gobernanza de la salud mundial y la OMS*

## *Between a PHEIC and transitions: current challenges for global health governance and the WHO*

***Paula Reges, Luana Bermudez e Luiz Augusto Galvão***

**Resumo:** A saúde global atravessa um período marcado pela convergência entre emergências sanitárias, restrições institucionais e transformações na governança multilateral. A rápida expansão da doença pelo vírus Ebola Bundibugyo na República Democrática do Congo evidencia os limites da resposta internacional diante de contextos de insegurança, mobilidade populacional, fragilidades dos sistemas de saúde e desigualdades no acesso a tecnologias. Ao mesmo tempo, mudanças no alto escalão da Organização Mundial da Saúde ocorrem em meio a uma profunda reestruturação, redução de recursos e preparação para uma transição de liderança. Os dois fenômenos, embora distintos, revelam desafios interdependentes: a necessidade de fortalecer capacidades nacionais e regionais, garantir financiamento sustentável, acelerar pesquisa e desenvolvimento, assegurar compartilhamento de dados e ampliar a coordenação transfronteiriça. Mais do que respostas emergenciais, o cenário reforça a importância de uma governança global baseada em cooperação, equidade, capacidade técnica e instituições multilaterais capazes de atuar com legitimidade e agilidade diante de riscos sanitários cada vez mais interconectados.

**Palavras-chave:** Ebola Bundibugyo, OMS.

***Resumen:*** *La salud mundial atraviesa un periodo marcado por la convergencia de emergencias sanitarias, limitaciones institucionales y transformaciones en la gobernanza multilateral. La rápida propagación del virus del Ébola Bundibugyo en la República Democrática del Congo pone de manifiesto las limitaciones de la respuesta internacional en contextos de inseguridad, movilidad de la población, sistemas de salud frágiles y desigualdades en el acceso a la tecnología. Simultáneamente, se producen cambios en los niveles más altos de la Organización Mundial de la Salud en medio de una profunda reestructuración, la reducción de recursos y la preparación para una transición de liderazgo. Estos dos fenómenos, si bien distintos, revelan desafíos interdependientes: la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales y regionales, garantizar una financiación sostenible, acelerar la investigación y el desarrollo, asegurar el intercambio de datos y ampliar la coordinación transfronteriza. Más allá de las respuestas a emergencias, este escenario refuerza la importancia de una gobernanza global basada en la cooperación, la equidad, la capacidad técnica y las instituciones multilaterales capaces de actuar con legitimidad y agilidad ante riesgos sanitarios cada vez más interconectados.*

***Palavras-chave:*** *Ebola Bundibugyo, OMS.*

***Abstract****: Global health is currently navigating a period marked by the convergence of health emergencies, institutional constraints, and shifts in multilateral governance. The rapid spread of*

*the Bundibugyo Ebola virus in the Democratic Republic of the Congo highlights the limitations of the international response in the face of insecurity, population mobility, weak health systems, and unequal access to technologies. Simultaneously, high-level changes within the World Health Organization are taking place amidst profound restructuring, resource constraints, and preparations for a leadership transition. While distinct, these two phenomena reveal interdependent challenges: the need to strengthen national and regional capacities, secure sustainable funding, accelerate research and development, ensure data sharing, and enhance cross-border coordination. Beyond mere emergency responses, this scenario underscores the importance of global governance grounded in cooperation, equity, technical expertise, and multilateral institutions capable of acting with legitimacy and agility in the face of increasingly interconnected health risks.*

***Keywords:*** *Ebola Bundibugyo, WHO.*

**Vírus Ebola Bundibugyo: uma emergência sanitária em velocidade sem precedentes**

O surto de doença pelo vírus Ebola Bundibugyo na República Democrática do Congo (RDC) coloca novamente a governança global da saúde diante de um de seus desafios mais complexos: responder a uma emergência de rápida expansão em um contexto marcado por fragilidades estruturais, insegurança, deslocamentos populacionais e limitações de acesso aos serviços de saúde. Em suas declarações de 18 de agosto de 2026, durante a segunda reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, enfatizou que a epidemia permanece longe de estar controlada e destacou a velocidade excepcional de sua disseminação. A magnitude da resposta necessária, portanto, não pode ser compreendida apenas a partir da dinâmica biológica do vírus: ela está diretamente relacionada às condições políticas, sociais e territoriais nas quais a transmissão ocorre.

Três meses após a declaração da epidemia como uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), a doença já havia alcançado seis províncias e 55 zonas de saúde, com quase 5 mil pessoas infectadas e mais de 2.300 mortes, segundo os números apresentados pelo diretor-geral. O surto tornou-se, nesse período, o maior registrado para a espécie Bundibugyo e, segundo a OMS, apresenta uma velocidade de expansão sem precedentes. Mais do que o número absoluto de casos e óbitos, entretanto, chama atenção o padrão de transmissão descrito pela OMS: muitas pessoas estão morrendo em suas próprias casas e comunidades, fora dos centros de tratamento e sem terem sido identificadas previamente como contatos. Cada uma dessas mortes representa, potencialmente, uma cadeia de transmissão que permanece invisível aos sistemas de vigilância.

Essa característica revela um dos principais dilemas das respostas contemporâneas às emergências sanitárias: a capacidade de detectar e interromper a transmissão depende não apenas da existência de tecnologias diagnósticas ou terapêuticas, mas da capacidade de estabelecer vínculos efetivos com as comunidades. Vigilância epidemiológica, rastreamento de contatos, tratamento, vacinação, sepultamentos seguros e comunicação de risco são componentes indissociáveis de uma mesma estratégia. Quando parte da população permanece fora dos sistemas formais de saúde, a resposta perde justamente a capacidade de identificar os elos que sustentam a transmissão.

O contexto em que a epidemia ocorre é, nesse sentido, determinante. A insegurança, os deslocamentos forçados e a intensa mobilidade populacional ao longo de estradas, rios e rotas de mineração dificultam a implementação de medidas tradicionais de controle. A epidemia não se desloca apenas entre indivíduos; ela acompanha fluxos econômicos, sociais e migratórios. A fronteira deixa, assim, de ser uma linha de contenção e passa a ser um espaço de circulação do risco. O episódio de transmissão para Uganda e, posteriormente, a identificação de um viajante infectado na França demonstram concretamente que uma emergência localizada pode adquirir rapidamente uma dimensão internacional.

A experiência reforça uma premissa central da saúde global: fronteiras políticas não correspondem às fronteiras epidemiológicas. O fato de Uganda ter conseguido interromper a transmissão após a introdução inicial do vírus demonstra a importância de respostas nacionais rápidas e coordenadas. Ao mesmo tempo, a identificação de casos ou pessoas infectadas fora da RDC evidencia que a contenção de uma emergência exige mecanismos de cooperação que ultrapassem o território onde a transmissão é mais intensa. A declaração de Tedros de que as 'fronteiras podem retardar uma resposta, mas não conseguem interromper um vírus'' sintetiza um dos fundamentos da segurança sanitária contemporânea.

Essa realidade também recoloca no centro do debate o papel das instituições multilaterais e dos mecanismos de governança internacional. A resposta vem sendo conduzida pelo governo da RDC, em articulação com a OMS, o Africa CDC e outros parceiros. Essa arquitetura é fundamental, mas sua efetividade depende de condições concretas: compartilhamento rápido de dados, vigilância ampliada, financiamento sustentado, segurança para as equipes, acesso às populações afetadas e coordenação transfronteiriça. A emergência, portanto, não é apenas uma questão de mobilização técnica. É também uma questão de diplomacia, negociação política, financiamento e construção de confiança.

Um dos aspectos mais relevantes dessa resposta é a tentativa de desenvolver conhecimento e tecnologias específicas para o vírus Bundibugyo em meio à própria emergência. Pela primeira vez, duas vacinas desenvolvidas especificamente contra esse vírus chegaram à fase de testes em seres humanos. Paralelamente, uma vacina diferente apresentou proteção cruzada em estudos animais e está sendo conduzida em direção a um estudo de fase 3. No campo terapêutico, o ensaio clínico PARTNERS, patrocinado pela OMS, já havia incluído 100 pacientes. Esses avanços representam uma mudança importante em relação ao paradigma tradicional de resposta a doenças negligenciadas e agentes infecciosos raros, nos quais a ausência de mercado e a baixa previsibilidade de ocorrência frequentemente resultam em investimentos insuficientes em pesquisa e desenvolvimento.

A emergência do Bundibugyo evidencia, assim, uma contradição persistente da inovação em saúde: tecnologias podem ser desenvolvidas rapidamente quando o risco se torna suficientemente evidente, mas a preparação antecipada continua sendo mais difícil de sustentar política e financeiramente. O desenvolvimento de vacinas e terapias durante a própria emergência demonstra a capacidade da ciência de responder rapidamente, mas também revela o custo de chegar tarde. Em um cenário de transmissão acelerada, a diferença entre uma tecnologia disponível antes do surto e uma tecnologia que chega durante o surto pode representar milhares de vidas.

Esse aspecto é particularmente relevante para a agenda do Sul Global. A RDC enfrenta uma situação em que a emergência infecciosa se sobrepõe a outras necessidades sanitárias

urgentes. Como destacou o diretor-geral da OMS, Ebola não é a única ameaça: mortalidade materna, doenças diarreicas, pneumonia, malária, cólera e outras condições continuam afetando a população. Uma resposta vertical e exclusivamente concentrada no agente epidêmico pode produzir consequências não intencionais, ao deslocar profissionais, recursos e infraestrutura de outros serviços essenciais. A resposta a uma emergência precisa, portanto, ser capaz de controlar a transmissão sem destruir ou interromper os sistemas de saúde dos quais depende a população.

Essa dimensão é fundamental para compreender a diferença entre segurança sanitária e saúde global. A primeira tende a privilegiar a prevenção e o controle de ameaças capazes de ultrapassar fronteiras; a segunda exige que essas ameaças sejam enfrentadas considerando as condições sociais, econômicas e políticas que determinam quem adoece, quem tem acesso ao diagnóstico e ao tratamento e quem permanece invisível aos sistemas de saúde. A epidemia de Bundibugyo demonstra que essas duas agendas não podem ser separadas.

O surto também constitui um teste para os princípios de solidariedade e equidade que sustentam a cooperação internacional em saúde. Não basta mobilizar recursos quando um vírus alcança outros países. Uma resposta global efetiva precisa fortalecer a capacidade dos países e comunidades mais afetados antes que a ameaça se transforme em risco internacional. Isso envolve pesquisa e desenvolvimento, produção e acesso a vacinas e diagnósticos, fortalecimento de sistemas de vigilância, formação de profissionais, infraestrutura laboratorial e capacidade de resposta local. A preparação não pode ser concebida apenas como proteção dos países mais ricos contra ameaças originadas em contextos vulneráveis; deve ser entendida como construção compartilhada de capacidade global.

Nesse sentido, a epidemia de Bundibugyo reforça a centralidade da cooperação Sul-Sul e da construção de capacidades regionais. A atuação do Africa CDC, em articulação com a OMS e as autoridades nacionais, demonstra a importância de estruturas regionais capazes de apoiar respostas coordenadas e contextualizadas. Ao mesmo tempo, a circulação internacional do vírus evidencia a necessidade de mecanismos de colaboração entre regiões e continentes. A governança das emergências sanitárias precisa combinar liderança nacional, coordenação regional e solidariedade multilateral.

A segunda reunião do Comitê de Emergência do RSI ocorre, portanto, em um momento em que a própria velocidade da epidemia desafia os instrumentos convencionais de resposta. A experiência mostra que declarar uma emergência internacional é apenas o início de um processo. O verdadeiro desafio está em transformar a declaração política em capacidade operacional: encontrar as cadeias de transmissão, alcançar as comunidades, proteger profissionais, garantir tratamento, acelerar ensaios clínicos, compartilhar dados e assegurar recursos suficientes para manter a resposta ao longo do tempo.

O Bundibugyo expõe, finalmente, uma questão mais ampla para a diplomacia da saúde: quanto mais rápida for a circulação de pessoas, bens e informações, mais interdependentes se tornam os sistemas nacionais de saúde. A resposta a uma epidemia deixa de ser exclusivamente doméstica no momento em que seus determinantes e consequências ultrapassam fronteiras. A cooperação internacional, nesse contexto, não deve ser vista como mecanismo complementar, mas como parte constitutiva da própria capacidade de resposta.

A principal lição dessa emergência talvez seja justamente que velocidade epidemiológica exige velocidade política. Detectar rapidamente, compartilhar informações,

mobilizar financiamento, coordenar atores, desenvolver tecnologias e garantir acesso às populações afetadas são dimensões de uma mesma resposta. O desafio colocado pelo Bundibugyo não é apenas interromper uma epidemia em curso, mas transformar a experiência em capacidade permanente de preparação. Em um mundo marcado por mobilidade intensa, desigualdades persistentes e emergência de novos agentes infecciosos, a segurança sanitária global dependerá cada vez mais da capacidade de construir sistemas de saúde resilientes, tecnologias acessíveis e mecanismos de cooperação capazes de agir antes que uma emergência local se transforme em uma ameaça internacional.

**Dança das cadeiras na OMS**

As mudanças recentes no alto escalão da OMS ocorrem em um momento particularmente sensível para a instituição. A saída, em rápida sucessão, de dois diretores-gerais adjuntos: Jeremy Farrar e Yukiko Nakatani, somada à substituição interina da liderança do Escritório Regional para o Sudeste Asiático, ocorre enquanto a organização enfrenta uma profunda reestruturação, redução de recursos financeiros e humanos e a necessidade de responder simultaneamente a múltiplas emergências sanitárias. Mais do que mudanças individuais, o episódio pode evidenciar algumas tensões inerentes à governança de uma organização multilateral que precisa conciliar autonomia técnica, interesses dos Estados-membros, restrições financeiras e crescente demanda por respostas globais.

Jeremy Farrar, um dos nomes mais reconhecidos da comunidade científica internacional, ingressou na OMS em 2023 como cientista-chefe, após quase uma década à frente do Wellcome Trust, e posteriormente assumiu o cargo de diretor-geral adjunto responsável por Saúde, Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Cuidados. Sua saída foi anunciada pelo diretor-geral Tedros Adhanom Ghebreyesus como uma aposentadoria, com vigência a partir de 30 de setembro.

A trajetória de Farrar também confere significado adicional à sua saída. Cientista com forte reconhecimento internacional, ex-diretor do Wellcome Trust e participante de estruturas científicas britânicas durante a pandemia de COVID-19, ele representava uma conexão importante entre a comunidade científica, as instituições filantrópicas e a governança multilateral da saúde. Atualmente, ele também cumpre o papel de chair da Coalizão Global para PRodução Local e Regional, Inovação e Acesso Equitativo. Sua chegada à OMS ocorreu justamente em um período de reorganização institucional, no qual a organização buscava adequar sua estrutura a um cenário global marcado por novas ameaças sanitárias, preparação para pandemias e necessidade de maior integração entre diferentes áreas técnicas.

A natureza dessa reestruturação da OMS tem revelado um paradoxo. De um lado, a reforma busca tornar a OMS mais eficiente, integrada e adaptada aos desafios sanitários das próximas décadas. De outro, a redução acelerada de pessoal e recursos pode produzir perda de capacidade justamente em áreas nas quais a organização é chamada a exercer liderança global. A questão central não é simplesmente o tamanho da organização, mas sua capacidade de preservar funções críticas em um contexto no qual as demandas sobre a saúde global continuam crescendo.

A escolha de Bruce Aylward para assumir interinamente a função anteriormente exercida por Farrar acrescenta outra dimensão à discussão. Com longa trajetória na OMS e experiência em campanhas de erradicação da poliomielite e na resposta ao surto de Ebola na África Ocidental, Aylward possui uma trajetória profundamente associada à gestão de grandes

emergências sanitárias. Sua designação ocorre, portanto, em um momento no qual a capacidade operacional de resposta da OMS permanece uma prioridade central.

A saída de Yukiko Nakatani, por sua vez, acrescenta uma segunda mudança relevante na estrutura superior da organização. Nakatani deixou a função de diretora-geral adjunta para Sistemas de Saúde, Acesso e Dados para retornar ao Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão. Em seu lugar, Sylvie Briand passou a exercer interinamente a função.

Essas mudanças não devem ser analisadas isoladamente. Elas ocorrem paralelamente à alteração da liderança do Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático, após a saída de Saima Wazed e a sucessão de diferentes dirigentes interinos. As alegações de corrupção relacionadas a Wazed e as consequências institucionais delas decorrentes acrescentam uma dimensão adicional ao debate sobre integridade, accountability e mecanismos de governança dentro do sistema multilateral. Independentemente do desfecho individual de processos e alegações, episódios dessa natureza possuem impacto sobre a confiança depositada nas instituições internacionais e reforçam a importância de mecanismos robustos de transparência e responsabilização.

O momento também é particularmente significativo devido à proximidade da eleição do próximo diretor-geral da OMS. O mandato de Tedros Adhanom Ghebreyesus aproxima-se de seu término em 2027, encerrando seu segundo mandato, e o processo de sucessão tende a aumentar a visibilidade política das diferentes visões sobre o futuro da organização. Mudanças no alto escalão, nesse contexto, podem ser interpretadas como parte de uma dinâmica mais ampla de transição institucional.

A sucessão na liderança da OMS ocorre em uma organização cuja governança possui uma característica fundamental: sua autoridade deriva dos Estados-membros. A OMS não opera como uma instituição supranacional independente dos governos. Suas decisões, seu financiamento e parte importante de sua capacidade de ação são condicionados pelos Estados que a constituem. Essa característica explica, em grande medida, por que questões técnicas podem adquirir dimensões diplomáticas e por que decisões aparentemente administrativas podem ser influenciadas por considerações políticas.

A crise atual evidencia, portanto, um dilema estrutural da governança global da saúde. A OMS é chamada a exercer liderança em temas que exigem rapidez, independência técnica e capacidade de coordenação, mas permanece dependente de contribuições financeiras e de decisões políticas dos próprios Estados-membros. A retirada de um grande financiador, a redução de recursos e a necessidade de reestruturar a organização demonstram como mudanças na política externa e nas prioridades nacionais podem produzir consequências diretas sobre a capacidade do sistema multilateral de saúde.

Essa dependência tornou-se particularmente evidente após a pandemia de COVID-19. A crise sanitária ampliou as expectativas em relação à OMS, mas também expôs suas limitações institucionais e políticas. O debate sobre o Acordo sobre Pandemias, o fortalecimento do Regulamento Sanitário Internacional e a discussão sobre financiamento sustentável refletem justamente a tentativa de transformar as lições da pandemia em mecanismos permanentes de preparação. Entretanto, a efetividade desses instrumentos dependerá não apenas de sua adoção formal, mas da disposição política dos Estados em sustentá-los financeiramente e implementá-los nacionalmente.

Nesse cenário, as mudanças na liderança da OMS podem ser lidas como parte de uma transformação mais ampla da própria arquitetura da saúde global. A organização precisa simultaneamente preservar sua autoridade normativa, manter capacidade técnica altamente especializada, responder a emergências, apoiar países com sistemas de saúde vulneráveis e adaptar sua estrutura a uma realidade financeira mais restritiva. Fazer isso em meio a uma transição de liderança torna o desafio ainda maior.

A questão central para a saúde global não é apenas quem ocupa determinado cargo, mas que tipo de organização os Estados-membros desejam construir para enfrentar as próximas décadas. Uma OMS com menor financiamento e menor capacidade operacional terá condições de exercer a liderança esperada diante de novas pandemias, mudanças climáticas, resistência antimicrobiana e emergências infecciosas recorrentes? Ou a atual crise poderá funcionar como catalisadora de uma nova arquitetura de financiamento, governança e cooperação internacional?

A resposta dependerá de escolhas políticas que ultrapassam a própria organização. A experiência recente demonstra que a sustentabilidade da OMS não pode ser tratada exclusivamente como questão administrativa. Trata-se de uma questão de governança global. A capacidade de a organização cumprir seu mandato dependerá de financiamento previsível, autonomia técnica, mecanismos de accountability, capacidade de coordenação e, sobretudo, compromisso político dos Estados-membros.

As mudanças no alto escalão da OMS, nesse sentido, são um sinal de uma organização em transformação. Elas ocorrem em um momento em que a instituição precisa administrar simultaneamente uma profunda reforma interna, uma restrição financeira significativa, emergências sanitárias complexas e uma transição política que se aproxima. O desafio para a OMS será transformar essa conjuntura de pressão em uma oportunidade de fortalecimento institucional, preservando sua capacidade técnica e sua legitimidade como principal espaço multilateral para a cooperação internacional em saúde.

**A promessa do "nunca mais" está em jogo — e os países da ONU não podem deixar essa bandeira cair**

Enquanto os Estados-membros da ONU concluem a redação da declaração política que será apresentada na Reunião de Alto Nível sobre Prevenção, Preparação e Resposta a Pandemias, em setembro, o Painel Independente para Preparação e Resposta a Pandemias faz um alerta: é hora de honrar — e não abandonar — os compromissos assumidos logo depois da COVID-19.

A ideia por trás do apelo é direta: vírus não respeitam fronteiras, e nenhum país consegue se proteger sozinho. O Painel recupera uma série de promessas feitas desde 2021 — a Declaração de Roma do G20, voltada à ação coletiva e ao acesso justo a vacinas e tratamentos; o pedido conjunto de mais de duas dezenas de países por uma estrutura global de saúde mais forte; e a Declaração Política da ONU de 2023, que reforçou o uso das flexibilidades do TRIPS e o incentivo à fabricação local de vacinas. O texto também retoma um dado importante: seriam necessários cerca de US$ 15 bilhões a mais por ano em financiamento internacional para preparação contra pandemias, além de mais investimento interno por parte dos países de renda mais baixa.

Com o surto de Ebola ainda ativo na República Democrática do Congo, o alerta ganha urgência prática — não se trata de compromissos no papel, mas da diferença entre conter uma ameaça rapidamente ou repetir os erros cometidos em 2020.

Helen Clark, copresidente do Painel, resume o momento como um teste real: a nova declaração vai, de fato, transformar o "nunca mais" em realidade, ou vai apenas suavizar o discurso sem compromissos concretos?

A cobrança parte da coalizão Friends of the PPPR HLM, que reúne organizações como The Elders, FOUR PAWS, o próprio Painel Independente e a Resilience Action Network International — todos empenhados para que a declaração de 2026 traga metas claras e mensuráveis, e não apenas boas intenções repetidas.

*Fonte: [The Independent Panel] (https://theindependentpanel.org/news/un-member-states-commit-to-a-political-declaration-that-upholds-the-promise-of-never-again/)

**Composição da Força de Tarefas Conjunta para a Reforma da Arquitetura Global da OMS**

| Região | Pais | Nome | Título |
|---|---|---|---|
| África | Burundi | Dr. Oscar NITHABOSE | Diretor-Geral Responsável pelo Programa Prévention et Sécurité Sanitaire au Ministère de la Santé Publique |
| | Etiópia | Dr. Cherinet Mebratu MASSEBO | Chefe de Gabinete do Ministro, Ministério Federal da Saúde, Etiópia |
| Américas | Brasil | Dr. Rômulo PAES DE SOUSA | Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Diretor do Centro de Estudos Estratégicos (CEE-Fiocruz), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) |
| | México | Embaixadora Francisca E. MENDEZ ESCOBAR | Representante Permanente do México junto ao Escritório das Nações Unidas e outras organizações internacionais em Genebra |
| Mediterrâneo Oriental | Kuwait | Dr. Abdulrahman ALQASHAAN | Ministério da Saúde (MS), Assessor de Saúde Global, Missão do Kuwait |
| | Paquistão | Tahir Hussain ANDRABI | Representante Permanente do Paquistão junto à ONU em Genebra |
| Europa | França | Amelie SCHMITT | Representante Especial ante o Ministro da Saúde para Reformas da Saúde. Chefe de Saúde Global |
| | Reino Unido | Ruth LAWSON | Conselheira Sênior em Segurança Sanitária Global e Demografia no Ministério das Relações Exteriores, da Commonwealth e do Desenvolvimento |
| | Butão | Sr. Ugyen TASHI | Diretor de Programas, Divisão de Intervenção em Saúde e Avaliação de Tecnologias, Departamento de Serviços de |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sudeste Asiático | | | Saúde, Ministério da Saúde, Governo Real do Butão |
| | Tailândia | Major da Polícia SURIWAN THAIPRAYOON | Diretor Adjunto da Divisão de Saúde Global, Gabinete do Secretário Permanente, Ministério da Saúde Pública, Governo Real da Tailândia |
| Pacífico Ocidental | Malaysia | Dr Juliana SHAMINI PAUL | Diretora Adjunta de Saúde Global do Ministério da Saúde da Malásia |
| | Japão | Dr. Satoshi EZOE | Ministro Adjunto Sênior de Saúde Global, Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-estar |
| Banco | Banco Mundial | Dr. David WILSON | Diretor de Programas da Saúde |
| Iniciativas da Saúde Global | CEPI | Sra. Aurélia NGUYEN | Diretora-Executiva Adjunta |
| | GAVI | Dra. Sania NISHTAR | Diretora-Executiva |
| | Fundo Global | Sra. Françoise VANNI | Diretora de Relações Externas e Comunicações |
| | Fundo Pandémico | Sra. Priya BASU | Diretora-Executiva, Secretaria do Fundo para a Pandemia |
| | UNITAID | Dr. Vincent BRETIN | Diretor de Resultados e Clima |
| Organizações do Sistema da ONU | UNFPA | Dra. Catharina BOEHME | Secretaria Geral Adjunto e Subdiretora Executiva de Programa |
| | UNICEF | Sr. Ted CHAIBAN | Subsecretário-Geral e Diretor-Executivo Adjunto para Ação Humanitária e Operações de Fornecimento |
| | WHO | Sr. Raul THOMAS | Diretor-Geral Assistente, Operações Comerciais |

Fonte: https://www.who.int/about/governance/global-health-architecture