Reforma da OMS: o que defendem países e blocos da Ásia-Pacífico e MENA

Reforma de la OMS: qué defienden los países y bloques de Asia-Pacífico y MENA

WHO Reform: Positions Advocated by Asia-Pacific Countries and Blocs and the MENA Region

Lúcia Marques

> Mudanças significativas no sistema de saúde global são agora inevitáveis. Não é uma questão de se o sistema vai mudar. É uma questão de quando, em que direção e quem molda esse sistema futuro.[1]

Resumo: O debate sobre a reforma da OMS e da própria Arquitetura Global de Saúde (GHA — Global Health Architecture) está em um momento de profunda ebulição, fortemente pautado por uma demanda de descentralização e transferência de poder para os blocos regionais, pois para que o Acordo Pandêmico saia do papel, a OMS precisa de uma estrutura executiva mais ágil, transparente e imparcial. Países em desenvolvimento da Ásia e do Oriente Médio estão usando este debate como barganha política para descentralizar a manufatura de vacinas e insumos, exigindo que a OMS transfira tecnologia para hubs regionais em vez de depender do financiamento ocidental. Países como Índia (OMS/SEARO) e Arábia Saudita (OMS/EMRO) têm se articulado nos bastidores para garantir que seus aliados (ou eles próprios) ocupem vagas na Força Tarefa, grupo que vai liderar os primeiros movimentos de reforma. Enquanto China propõe reformulação das normas globais a partir da centralidade da ONU e do Sul Global, a Índia foca na liderança fabril, biotecnologia e autossuficiência econômica. Arábia Saudita, representando os países do MENA, defende o financiamento estratégico de emergências e autonomia operacional do escritório EMRO. Na Ásia Central, Cazaquistão e Uzbequistão são defensores da Atenção Primária à Saúde e Sub-Regionalização dos escritórios regionais da OMS. A ASEAN**,** enquanto bloco, defende a descentralização da governança e da capacidade fabril e regulatória. Embora haja diferentes visões sobre a reforma da OMS e seu financiamento, todos anseiam pelos mesmos objetivos: autonomia decisória e financeira, descentralização, compartilhamento de dados, hubs e descentralização produtiva. Todos querem se desvincular do Norte Global, das *Big Techs* e dos financiamentos com rubricas.

Palavras-chave: Reforma da OMS; Acordo Pandêmico; China; Índia; Arábia Saudita; Cazaquistão; Indonésia; ASEAN.

Resumen: *El debate sobre la reforma de la OMS y de la propia Arquitectura Global de Salud (GHA — Global Health Architecture) atraviesa un momento de profunda efervescencia, fuertemente impulsado por la demanda de descentralización y transferencia de poder hacia los bloques*

[1] Resumo. Do repensar à reforma: o caminho a seguir para o sistema global de saúde, relatório Wellcome**.**

regionales. Para que el Acuerdo Pandémico se concrete en la práctica, la OMS necesita una estructura ejecutiva más ágil, transparente e imparcial. Los países en desarrollo de Asia y Oriente Medio están utilizando este debate como baza política para descentralizar la fabricación de vacunas e insumos, exigiendo que la OMS transfiera tecnología a centros regionales en lugar de depender del financiamiento occidental. Países como India (OMS/SEARO) y Arabia Saudita (OMS/EMRO) se han articulado entre bastidores para garantizar que ellos mismos o sus aliados ocupen plazas en la Fuerza de Tarea, el grupo que liderará los primeros pasos de la reforma. Mientras que China propone reformular las normas globales a partir de la centralidad de la ONU y del Sur Global, la India se enfoca en el liderazgo manufacturero, la biotecnología y la autosuficiencia económica. Arabia Saudita, en representación de los países de MENA, defiende el financiamiento estratégico de emergencias y la autonomía operativa de la oficina EMRO. En Asia Central, Kazajistán y Uzbekistán abogan por la Atención Primaria de Salud y la subregionalización de las oficinas regionales de la OMS. Por su parte, la ASEAN, como bloque, defiende la descentralización de la gobernanza, así como de la capacidad manufacturera y regulatoria. Aunque existen diferentes visiones sobre la reforma de la OMS y su financiamiento, todos anhelan los mismos objetivos: autonomía decisoria y financiera, descentralización, intercambio de datos, hubs y descentralización productiva. Todos buscan desvincularse del Norte Global, de las Big Techs y del financiamiento condicionado.

Palabras clave: *Reforma de la OMS; Acuerdo Pandémico; China; India; Arabia Saudita; Kazajistán; Indonesia; ASEAN.*

Abstract: *The debate on the reform of the WHO and the Global Health Architecture (GHA) itself is currently at a turning point, strongly driven by demands for decentralization and a transfer of power to regional blocs. For the Pandemic Agreement to actually materialize, the WHO requires a more agile, transparent, and impartial executive structure. Developing countries in Asia and the Middle East are using this debate as political leverage to decentralize the manufacturing of vaccines and health supplies, demanding that the WHO transfer technology to regional hubs rather than relying on Western funding. Countries like India (WHO/SEARO) and Saudi Arabia (WHO/EMRO) have been coordinating behind the scenes to ensure that they or their allies secure seats on the Task Force—the group that will lead the initial reform efforts. While China proposes reshaping global norms centered around the UN and the Global South, India focuses on manufacturing leadership, biotechnology, and economic self-reliance. Saudi Arabia, representing MENA countries, advocates for strategic emergency financing and operational autonomy for the EMRO regional office. In Central Asia, Kazakhstan and Uzbekistan promote Primary Health Care and the sub-regionalization of WHO regional offices. As a bloc, ASEAN calls for the decentralization of governance, as well as manufacturing and regulatory capacity. Although different visions exist regarding WHO reform and its funding, all share the same objectives: decision-making and financial autonomy, decentralization, data sharing, hubs, and distributed production. They all seek to break away from dependence on the Global South's counterpart in the North, Big Tech, and earmarked donor funding.*

Keywords: *WHO Reform; Pandemic Agreement; China; India; Saudi Arabia; Kazakhstan; Indonesia; ASEAN.*

O debate sobre a reforma da OMS e da própria Arquitetura Global de Saúde (GHA — Global Health Architecture) está em um momento de profunda ebulição, fortemente pautado

por uma demanda de descentralização e transferência de poder para os blocos regionais. As disputas geopolíticas aceleraram o processo.

A reforma foi estabelecida formalmente no âmbito da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) e do Conselho Executivo da OMS pela na decisão WHA79/20, que define o processo conjunto de reforma da GHA, fixa regra de copresidência e prazos de relatórios. O documento A79/24 detalha os três objetivos da reforma, o mandato da Força-Tarefa (Task Force) com 25 membros, (organizados por regiões geográficas da OMS e nível de desenvolvimento) o cronograma para entregas e regras operacionais.

Países em desenvolvimento da Ásia e do Oriente Médio estão usando este fórum como barganha política para descentralizar a manufatura de vacinas e insumos, exigindo que a OMS transfira tecnologia para hubs regionais em vez de depender do financiamento ocidental. Países com Índia (OMS/SEARO) e Arábia Saudita (OMS/EMRO) têm se articulado nos bastidores para garantir que seus aliados (ou eles próprios) ocupem vagas no Task Force. É o fato político do momento.

Isso também pôde ser acompanhado nos discursos e debates na 79º AMS[2], quando líderes falaram, em uníssono, sobre a urgência de reformar a governança de preparação para crises, mas por ângulos políticos e práticos bem diferentes. Enquanto Espanha fez uma crítica filosófica e macroeconômica à "pandemia do egoísmo" na governança global, Singapura trouxe a resposta pragmática da Ásia sobre alianças técnicas regionais e dados abertos para contornar a paralisia política e o Egito trouxe o clamor do Oriente Médio por sustentabilidade financeira real diante das crises estruturais. Enquanto o Egito focou na *indústria farmacêutica*, a China falou sobre *soberania de dados*.

Para entender melhor esse jogo, é necessário trazer o Acordo Pandêmico da OMS, adotado em 20 de maio de 2025, durante a 78ª AMS, após três anos de negociações que identificaram lacunas e desigualdades na resposta global à pandemia de COVID-19. O documento do Acordo de Pandemia descreve os princípios, abordagens e ferramentas para melhorar a coordenação internacional para prevenção, preparação e resposta à pandemia, incluindo acesso equitativo a vacinas, diagnósticos e terapêuticas.

Para que o acordo saia do papel — garantindo equidade de insumos, transferência de tecnologia e acesso compartilhado a patógenos —, a OMS precisa de uma estrutura executiva interna mais ágil, transparente e imparcial. A própria implementação do tratado exige que a máquina burocrática da OMS se modernize.

Historicamente, cerca de 80% do orçamento da OMS dependia de contribuições voluntárias e carimbadas (geralmente ligadas a interesses de doadores específicos ou grandes fundações). A reforma institucional foca em aumentar a proporção das contribuições compulsórias dos Estados-membros e visa independência para agir. Isso é crucial para o Acordo Pandêmico. Sem financiamento sustentável e com financiamento pré-alocado, a OMS não consegue operacionalizar redes globais de vigilância epidemiológica e capacidade de resposta rápida de forma independente.

[2] Ver em Marques, L. (2026). **Na 79ª AMS, discursos contundentes refletiram o momento atual. E a coreografia diplomática da China**. *Cadernos Fiocruz De Saúde Global E Diplomacia Da Saúde*, *8*, 270-281. https://cadernossaudeglobalfiocruz.net/csgf/article/view/357

Por isso, uma das maiores polêmicas do Acordo Pandêmico envolveu os limites do mandato da OMS. A reforma da governança busca exatamente delimitar as atribuições do Secretariado da OMS e do Diretor-Geral em relação à soberania nacional dos países. Portanto, o debate sobre a reforma passa pelo fortalecimento e descentralização para os escritórios regionais, garantindo que as diretrizes globais do Acordo Pandêmico reflitam as assimetrias e particularidades do Sul Global.

Em resumo: o Acordo Pandêmico redefine ***o que*** os países e a OMS devem fazer perante emergências sanitárias (as regras do jogo), enquanto a Reforma da OMS redefine ***como*** a organização funciona, se financia e se estrutura para conseguir coordenar essas regras.

Discussões sobre a reforma

O ecossistema de saúde global tem produzido análises robustas exigindo o redesenho institucional a partir de visões não ocidentais. Além de documentos oficiais da ONU e OMS, think tanks e de organizações globais têm gerado relatórios e documentos robustos e promovendo discussões.

Países da Ásia-Pacífico (WPRO e SEARO) têm como foco principal a intersecção de saúde e segurança climática (como o Plano Estratégico do Centro da OMS para Ambiente e Saúde na APAC, lançado no final de 2025). Países como Indonésia, Índia e Coreia do Sul têm liderado as críticas sobre a centralização das tomadas de decisão regulatórias em Genebra.

O bloco dos países do MENA (EMRO) têm demandado reformas profundas na resposta a emergências humanitárias da OMS. A incapacidade de os mecanismos tradicionais garantirem cadeias logísticas seguras e financiamento ágil em zonas de conflito severo na região gerou propostas de novos fundos de contingência que operem sob regras regionais, e não globais.

O Relatório Wellcome Trust, de março de 2026, "Do repensar à reforma: o caminho a seguir para o sistema global de saúde, compila os resultados de diálogos regionais extensivos promovidos por organizações locais, envolvendo participantes de mais de 114 países sobre a reforma da saúde global. Os diálogos abordaram questões prementes sobre as mudanças necessárias no sistema de saúde global e como elas podem ser alcançadas. O documento detalha a demanda explícita dos blocos regionais por um sistema de saúde global descentralizado e liderado pelos países, reduzindo a dependência de agências centralizadas e focando em compras compartilhadas regionais.

Singapura convocou, no final de 2025, o Diálogo Regional Ásia-Pacífico sobre a Reforma Global da Arquitetura em Saúde para fortalece a liderança da Ásia-Pacífico e a influência nos processos globais de reforma da saúde em andamento na OMS, no G20 e na ONU. Guiado por pesquisa sistemática e ampla consulta, o Consórcio está trabalhando para garantir que a governança global em saúde reflita as prioridades, capacidades e aspirações da região. O evento reuniu ex-ministros da Saúde, formuladores de políticas seniores, representantes da OMS, financiadores regionais, sociedade civil, academia, setor privado, agências da ONU e parceiros de desenvolvimento, refletindo um forte compromisso com o engajamento multissetorial na formação do futuro da saúde global. Esse Diálogo fez parte de uma série de cinco diálogos regionais sobre a reforma da saúde global apoiados pela Wellcome.

O Diálogo Regional do Oriente Médio e Ásia Central (MECA) sobre a Reforma da Saúde Global — liderado pela EMPHNET, pelo Middle East Council on Global Affairs e pela Escola de Medicina da Universidade Nazarbayev, com apoio do Wellcome Trust — mobilizou especialistas

de 17 países para propor uma arquitetura de saúde global mais equitativa, conectada e descentralizada, pautada pelas prioridades da região. Frente a fragilidades como a dependência financeira de doadores e a fraca representatividade regional no modelo atual centralizado em Genebra, o relatório estabelece cinco reformas estruturais prioritárias: o alinhamento dos investimentos internacionais às prioridades nacionais com governança dos próprios países; a transferência de autoridade e recursos para órgãos regionais; a criação de plataformas integradas de cooperação e inovação; o fortalecimento de infraestruturas digitais e de dados interoperáveis; e a consolidação de sistemas de saúde resilientes centrados na Atenção Primária, substituindo programas verticais fragmentados por uma atuação comunitária contínua.

Outros relatórios dos diálogos sobre outras regiões podem ser acompanhados neste link.

O relatório Griffith Asia Pacific Strategic Outlook (GAPSO 2026)[3] aponta que a erosão acelerada da confiança nas instituições multilaterais tradicionais e que, diante de choques recentes — que vão de gargalos nas cadeias de suprimento globais a assimetrias no acesso a tecnologias e insumos sanitários —, os países da região vêm abandonando a dependência de organismos globais baseados no Ocidente. Em seu lugar, priorizam a construção de arranjos mini laterais e redes de proteção locais, buscando blindar suas infraestruturas críticas e garantir a resiliência de seus sistemas nacionais. Na prática, esse movimento se traduz em um esforço coordenado para fortalecer a soberania produtiva, tecnológica e regulatória do bloco Indo-Pacífico. Em vez de aguardar reformas estruturais em agências multilaterais como a OMS ou a OMC, os governos da região estão investindo em acordos bilaterais de biossegurança, hubs regionais de manufatura e plataformas digitais próprias de cooperação. O relatório conclui que a Ásia-Pacífico não busca se isolar do cenário internacional, mas sim redefinir os termos de sua inserção global: o objetivo é interagir com a governança internacional a partir de uma posição de autossuficiência e poder de barganha coletivo, reduzindo drasticamente a vulnerabilidade a crises de governança global.

Índia, Arábia Saudita, Cazaquistão e Uzbequistão, China, Indonésia, Malásia e ASEAN

As posições da Índia e da Arábia Saudita no xadrez da reforma da saúde global (especialmente entre 2025 e 2026) refletem suas respectivas ambições de liderança regional e soberania geopolítica, embora operem por vias diferentes: a Índia aposta na autonomia industrial e na liderança do Sul Global, enquanto a Arábia Saudita utiliza seu poder de financiamento e diplomacia de infraestrutura.

A atuação da **Índia** nas negociações recentes do Acordo de Pandemias e nas discussões de reforma da OMS é pautada pelo conceito de *Viksit Bharat*[4] e por seu papel autodeclarado de

[3] Produzido e publicado pelo Griffith Asia Institute (GAI), pertencente à Griffith University (localizada em Queensland, Austrália), reunindo contribuições e *policy briefs* elaborados em parceria com diversos especialistas, acadêmicos e think tanks regionais da Ásia e do Pacífico. https://www.griffith.edu.au/

[4] O Viksit Bharat @2047 (*Índia Desenvolvida em 2047*) é o plano mestre do governo indiano para transformar o país em uma nação totalmente desenvolvida e autossuficiente no centenário de sua independência (2047). A iniciativa funciona como um guarda-chuva estratégico que orienta tanto a política doméstica quanto a atuação diplomática internacional da Índia. No âmbito da saúde global e da governança internacional, o *Viksit Bharat* se traduz na busca por autonomia estratégica: a Índia rejeita o papel de mera consumidora de tecnologias do Norte Global e busca se consolidar como hub de inovação, polo produtor de biotecnologia/vacinas e líder do Sul Global na exigência por equidade e transferência de tecnologia na OMS.

"farmácia do mundo". Suas principais exigências são: 1) Descentralização Produtiva e Quebra de Patentes — o país lidera o bloco que exige que o sistema PABS (*Pathogen Access and Benefit Sharing*) da OMS não seja apenas uma plataforma de entrega de dados de patógenos ao Norte Global, mas que garanta, contratualmente, a transferência de tecnologia biotecnológica e mRNA para hubs no Sul Global; 2) Financiamento Sem Condicionalidades — a diplomacia indiana tem defendido que os novos mecanismos de financiamento de emergência da OMS reduzam a dependência de doadores filantrópicos privados ocidentais, os quais, segundo a visão de Nova Delhi, distorcem as prioridades epidemiológicas locais. 3) Equilíbrio com o Digital Health — o país propõe que a reforma da OMS crie diretrizes globais para governança de dados que respeitem a soberania nacional, evitando o "extrativismo de dados médicos" por Big Techs estrangeiras.[5]

A **Arábia Saudita** aborda a reforma da OMS a partir da consolidação de sua Visão 2030[6], buscando se transformar no principal polo econômico, logístico e de saúde do Oriente Médio, preenchendo vazios geopolíticos e defendendo a estabilidade regional. Riad tem buscado o fortalecimento do escritório regional (EMRO), pressionando para que a reforma da OMS dê mais autonomia financeira e decisória à EMRO. Diante das crises humanitárias e questões de saúde persistentes na região, a Arábia Saudita defende que a tomada de decisão para o envio de ajuda e fundos de contingência de emergência sanitária seja gerida regionalmente para garantir maior agilidade e neutralidade geopolítica. Além disso, o país tem aumentado significativamente seus aportes em coordenação com o *Pandemic Fund* (hospedado pelo Banco Mundial) e a Gavi, buscando garantir vacinas.[7] Nas negociações de 2026, a diplomacia saudita defendeu uma governança mais integrada e menos fragmentada entre essas iniciativas globais e a OMS, de forma a evitar a duplicação de funções.[8] Sobre segurança sanitária e cadeias regionais de suprimentos, o governo saudita propõe que a nova arquitetura global de saúde reconheça e apoie a criação de hubs logísticos regionais de segurança sanitária no Oriente Médio. O objetivo é garantir que, em futuras emergências globais, o trânsito de insumos médicos para a região MENA e África Subsaariana não sofra com restrições comerciais ou embargos de exportação ocidentais.

Na **Ásia Central**, os atores com posicionamentos mais estruturados e articulados são o Cazaquistão e o Uzbequistão. A região tem buscado sair do papel de receptora passiva de cooperação para o de articuladora de políticas sanitárias e diplomáticas regionais, com foco na Ásia Central e no Cáucaso.[9]

Como visto nas conclusões do *Diálogo Regional de Saúde MECA, do Wellcome Trust,* (que contou com forte articulação da Universidade Nazarbayev do Cazaquistão), a posição conjunta da Ásia Central apoia três pontos críticos de reforma: 1) Representatividade e Sub-Regionalização — exigência de que os escritórios regionais da OMS (como o WHO/Europe, ao qual a Ásia Central

---

[5] https://www.theindiaforum.in/health/who-pandemic-agreement-and-indias-path-forward#:~:text=First%2C%20India%20has%20a%20dual%20role%20in,will%20play%20an%20important%20role%20in%20manufacturing

[6] Visão Saudita 2030. É um projeto de três fases que visa diversificar a economia, promover empoderamento, inovação e sustentabilidade. Relatório de 2025.

[7] https://www.thepandemicfund.org/contributors

[8] https://healthpolicy-watch.news/who-climate-change-and-health-action-plan-approved-after-saudi-led-effort-to-shelve-it-fails/

[9] https://www.specialeurasia.com/2025/12/21/central-asia-risk-2026/

pertence administrativamente) concedam maior autonomia decisória e financeira às sub-regiões não europeias; 2) Sistemas Digitais Interoperáveis — criação de *dashboards* e mecanismos regionais de compartilhamento de dados sanitários em tempo real, evitando a dependência de plataformas centralizadas do Norte Global; 3) Abordagem Saúde Única — integração de riscos ambientais (como a crise hídrica do Mar de Aral) nas diretrizes de emergência da OMS, conectando saúde humana, animal e segurança hídrica regional.

O **Cazaquistão** é o país geopoliticamente mais vocal da região em matérias de governança de saúde. O Cazaquistão é o berço histórico da declaração de Alma-Ata (1978) e da Declaração de Astana (2018) — documento global liderado pelo Cazaquistão que reorientou a governança da saúde pública rumo à Atenção Primária e à resiliência dos sistemas nacionais. Nas discussões recentes sobre a reforma da governança da OMS e no diálogo regional MECA (Middle East and Central Asia), Astana tem pressionado para que a nova arquitetura global abandone ações verticais rígidas (programas específicos impostos por doadores ocidentais) e financie a resiliência da saúde a partir da Atenção Primária em Saúde Pública. No âmbito da diplomacia multilateral, o Cazaquistão tem aproveitado fóruns de cúpula (como o formato C5+1 com a União Europeia ou EUA ou China) para colocar a biossegurança e o monitoramento epidemiológico de fronteiras no centro das negociações financeiras, defendendo a criação de hubs de dados de saúde na Ásia Central.

O **Uzbequistão** foca sua postura diplomática na soberania operacional e capacidade técnica. O país assinou com a OMS/Europa o *Country Cooperation Strategy (2025–2030)*. No âmbito das negociações multilaterais, o governo uzbeque defende que o fortalecimento regulatório nacional deva preceder imposições globais e que a OMS descentralize a capacidade de vigilância de dados de saúde para órgãos locais. Alinhado ao pleito do Sul Global nas discussões do Acordo de Pandemias, o Uzbequistão apoia a produção local e compartilhada de medicamentos e vacinas na Ásia Central para reduzir a vulnerabilidade do bloco a gargalos em cadeias de suprimento no caso de novas emergências globais. A Estratégia "Uzbekistan — 2030, documento uzbeques registrado na plataforma da UNESCO, detalha as metas do país para soberania de infraestrutura, saúde e integração na Ásia Central.

A **China** acabou de publicar um documento oficial focado justamente na reformulação das organizações multilaterais e da governança global — *Livro Branco* (White Paper), lançado pelo Escritório de Informação do Conselho de Estado chinês.[10] Embora o documento *Governança Global Mais Justa e Equitativa: Princípios, Propostas e Ações da China* seja abrangente sobre a ordem internacional, ele dedica seções cruciais à reforma de agências das Nações Unidas, incluindo a governança da saúde global.[11]

A estratégia chinesa para a reforma de agências como a OMS apoia-se em três pilares centrais contidos no relatório: 1) Centralidade das Nações Unidas com Redesenho de Poder — Pequim defende enfaticamente que a OMS e a ONU continuem sendo os eixos centrais da saúde global (rejeitando iniciativas paralelas lideradas exclusivamente pelo Ocidente), mas exige que o Sul Global tenha maior peso decisório nas regras de financiamento e prioridades sanitárias. 2) Institucionalização da Iniciativa de Governança Global (GGI) — O documento formaliza a *Global Governance Initiative*, que já conta com o apoio de dezenas de países em desenvolvimento; na

[10] https://www.fmprc.gov.cn/mfa_eng/xw/fyrbt/202606/t20260617_11947701.html

[11] https://www.chathamhouse.org/2026/06/china-sets-out-its-vision-new-global-order-will-it-commit-resources-match-its-ambition

saúde, isso se traduz em criar mecanismos de cooperação técnica e cadeias de suprimentos menos dependentes do ecossistema de Genebra/Washington. 3) A Rota da Seda da Saúde Digital — o texto ressalta o papel da inteligência artificial, infraestrutura de dados e biotecnologia; a China propõe a criação de novos organismos técnicos (como a preparação para a *Organização Mundial de Cooperação em IA*) para ditar as normas de tecnologia na saúde, competindo diretamente com os padrões regulatórios europeus e americanos.

A atuação da **ASEAN**— impulsionada de forma articulada por países como Indonésia e Malásia — traz a dimensão do Sudeste Asiático na disputa pela reforma da saúde global. O bloco do Sudeste Asiático atua no meio do caminho: defende uma regionalização da governança. O objetivo é garantir que as decisões de resposta e o financiamento de emergência sejam descentralizados para organismos do próprio bloco, evitando depender da burocracia central de Genebra ou de acordos pontuais com potências ocidentais.

A prioridade da ASEAN no debate sobre a nova Arquitetura Global de Saúde é a consolidação da sua própria infraestrutura de segurança sanitária: 1) Operacionalização do ACPHEED — o bloco busca utilizar o ASEAN Centre for Public Health Emergencies and Emerging Diseases (ACPHEED) para descentralizar as funções centrais da OMS na região. A ASEAN defende que os dados de vigilância epidemiológica e os estoques de emergência sejam geridos primariamente pelo ACPHEED e alinhados às necessidades locais, em vez de dependerem exclusivamente de mandatos de Genebra. 2) Durante a elaboração e desdobramentos dos anexos regulatórios do Acordo de Pandemias da OMS (como o sistema PABS de partilha de patógenos), a ASEAN articulou uma posição em bloco para exigir que as metas de reserva de vacinas e diagnósticos (os 20% alocados pela OMS) contem com redes diretas de distribuição regional, evitando o "nacionalismo de vacinas" ocorrido em crises passadas.[12]

A **Indonésia** tem sido uma das vozes mais ativas do Sudeste Asiático no conselho executivo da OMS e no G20. Jacarta defende a em Manufatura de Vacinas e Resiliência Financeira. O país arquipélago construiu sua diplomacia baseada na transferência real de tecnologia biotecnológica (hubs de mRNA da OMS). O governo indonésio defende que a reforma da governança global de saúde só será equitativa se descentralizar a capacidade fabril e regulatória para os países em desenvolvimento, permitindo que a Indonésia atue como polo fornecedor de imunobiológicos para todo o Sudeste Asiático e Ásia-Pacífico. Nas rodadas de negociação na OMS, a Indonésia manteve postura firme ao condicionar o compartilhamento de dados genéticos de novos vírus à garantia vinculante de acesso equitativo a vacinas e tratamentos resultantes dessa partilha (combate ao "extrativismo de dados").[13]

A **Malásia** aborda a governança e a reforma da OMS com um enfoque duplo: cooperação internacional forte, mas com salvaguardas rígidas à soberania nacional. Lançado pelo Ministério da Saúde em alinhamento com a OMS, o Plano Nacional de Ação para a Segurança da Saúde da Malásia — 2025-2030 reflete o pleito do país por autonomia nacional no monitoramento de riscos (One Health), priorizando o fortalecimento dos sistemas internos de saúde pública em vez da adoção de mandatos globais rígidos. O plano malásio é um roteiro estratégico multissetorial

[12] https://www.thinkglobalhealth.org/article/putting-the-pandemic-agreement-into-practice-a-case-for-asean

[13] https://unu.edu/publication/indonesias-response-changing-global-health-landscape

focado em prevenir, detectar e responder a emergências de saúde pública.[14] Ele se baseia na abordagem de Saúde Única e é composto por quatro pilares principais e 19 áreas técnicas que espelham as capacidades essenciais exigidas pela OMS e pelo Avaliação Externa Conjunta (JEE, em inglês) do Regulamento Sanitário Internacional: Prevenção e Biossegurança; Resposta Rápida; Resiliência Comunitária

Composição da Força Tarefa

A Força Tarefa será composta de 25 membros, organizados por regiões geográficas da OMS e níveis de desenvolvimento econômico, com indicação direta dos blocos regionais. O objetivo central é aplicar o princípio da subsidiariedade (decisões tomadas no nível regional, e não centralizada em Genebra). A Task Force será composta por:

- 14 Representantes de Estados-Membros (Países): 2 países da Região Africana (AFRO; 2 países da Região das Américas (AMRO/OPAS); 2 países da Região do Mediterrâneo Oriental (EMRO); 2 países da Região Europeia (EURO); 2 países da Região do Sudeste Asiático (SEARO); 2 países da Região do Pacífico Ocidental (WPRO);2 membros adicionais provenientes dos países que assumem a Copresidência.
- Copresidência: a liderança da força-tarefa deve ser compartilhada obrigatoriamente por 1 país em desenvolvimento e 1 país desenvolvido.
- Demais 11 Assentos na Força-Tarefa para evitar duplicações e alinhar financiamento e resposta: 5 principais iniciativas globais de saúde (não-ONU): Gavi (Alliance), Fundo Global (AIDS, TB e Malária), CEPI, Unitaid e o Fundo Pandêmico do Banco Mundial; 4 agências do sistema ONU: Agências focadas em saúde (como UNICEF, UNFPA, UNAIDS); 1 representante do Banco Mundial; 1 representante de organização regional de saúde.

Ainda não há uma lista nominal oficial pública e definitiva dos 14 países, que serão indicados pelas seis regionais geográficas da OMS — AFRO, OPAS, EURO, EMRO (Oriente Médio e Norte da África / MENA), SEARO (Sul e Sudeste Asiático) e WPRO (Pacífico Ocidental) —, que têm até 21 de agosto para formalizar a indicação. Ásia e o Oriente Médio estão articulando suas indicações de assento, que deveriam ser anunciadas até o final de julho, mas não há registro público nem publicação oficial indicando movimentação formal de indicação dos representantes.

A expectativa é que a composição final dos países membros da Task Force seja formalizada nos canais oficiais da OMS antes da apresentação do relatório preliminar, agendada para o ciclo de reuniões de governança entre novembro de 2026 e fevereiro de 2027.

Até o fechamento deste informe, não havia indicação de nomes. Bastidores, notícias aqui e ali, indicam que grandes articulações do Sul Global (incluindo o bloco da ASEAN e o grupo liderado por Índia/África do Sul) pressionaram para garantir que os assentos destinados a países em desenvolvimento fossem ocupados por representantes com forte perfil técnico e político em negociações multilaterais, de modo a contrapor a influência das agências ocidentais.

[14] https://www.who.int/westernpacific/newsroom/feature-stories/item/malaysia-launches-landmark--national-action-plan-for-health-security-(mynaphs-2025-2030)

Considerações finais

É o grande momento para o fortalecimento do Sul Global. E toda articulação é estratégica. A Ásia Central, sob liderança do Cazaquistão, tem buscado sair do papel de receptora passiva de cooperação para o de articuladora de políticas sanitárias e diplomáticas regionais, com foco na Ásia Central e no Cáucaso. Se a Índia aposta na autossuficiência industrial e biotecnológica e a China na reformulação das normas globais de governança, a ASEAN, enquanto bloco do Sudeste Asiático, atua no meio do caminho: defende a descentralização executiva, defende uma regionalização da governança. Enquanto Ásia Central defende a Atenção Primária à Saúde e Sub-Regionalização dos escritórios regionais da OMS, Arábia Saudita, representando o MENA, defende o Financiamento estratégico de emergências e autonomia operacional do escritório EMRO.

Embora haja diferentes visões sobre a reformar da OMS e seu financiamento, todos anseiam pelos mesmos objetivos: autonomia decisória e financeira, descentralização, gestão regional de fundos de contingências regionais, compartilhamento de dados, hubs e descentralização produtiva, entre outros.

Todos querem se desvincular do Norte Global, das *Big Techs* e dos financiamentos com rubricas.

.