Reformando a Arquitetura Global da Saúde: Oportunidades da Região da América Latina e do Caribe

Reforma de la arquitectura global de la salud: oportunidades para la región de América Latina y el Caribe

Reforming the Global Health Architecture: Opportunities for the Latin American and Caribbean Region

Sebastián Tobar

Resumo: A reforma da Arquitetura da Saúde Global -ASG ganhou força após a pandemia de COVID-19 e diante das mudanças geopolíticas, da redução do financiamento internacional e dos novos desafios sanitários globais. Diversos processos liderados pela Wellcome, pela União Europeia e pela OMS apontam para a necessidade de um sistema mais descentralizado, equitativo e orientado pelas prioridades dos países e das regiões. As propostas convergem em três áreas prioritárias: fortalecimento da governança, financiamento mais sustentável e alinhado às necessidades nacionais, e ampliação da capacidade regional em dados, inovação e produção de insumos de saúde.

Embora outras regiões já estejam participando ativamente desse debate, a América Latina e o Caribe ainda apresentam baixa articulação política em torno do tema. Isso limita a capacidade regional de influenciar as decisões que definirão o futuro da governança global da saúde. Para a região, a reforma representa uma oportunidade estratégica para fortalecer a cooperação entre a OMS, a OPAS e os mecanismos de integração regional, alinhar prioridades de saúde, mobilizar recursos e ampliar sua voz nos espaços internacionais de decisão.

Diante desse cenário, neste artigo apontamos que é fundamental promover um diálogo regional envolvendo os principais organismos de saúde da América Latina e do Caribe, com o objetivo de construir posições comuns e aproveitar as oportunidades abertas pelo atual processo de reforma da arquitetura global da saúde.

Palavras Chaves: Reforma da Arquitetura da Saúde Global; OMS; Governança da Saúde Global.

Resumen: *La reforma de la Arquitectura Mundial de la Salud Global cobró impulso tras la pandemia de COVID-19 y ante los cambios geopolíticos, la reducción de la financiación internacional y los nuevos desafíos para la salud mundial. Diversos procesos liderados por Wellcome, la Unión Europea y la OMS señalan la necesidad de un sistema más descentralizado y equitativo, impulsado por las prioridades de los países y las regiones. Las propuestas convergen en tres áreas prioritarias: el fortalecimiento de la gobernanza, una financiación más sostenible alineada con las necesidades nacionales y la ampliación de la capacidad regional en materia de datos, innovación y producción de insumos sanitarios.*

Si bien otras regiones ya participan activamente en este debate, América Latina y el Caribe aún presentan una escasa articulación política en torno a este tema. Esto limita la capacidad de la región para influir en las decisiones que definirán el futuro de la gobernanza mundial de la salud. Para la región, la reforma representa una oportunidad estratégica para fortalecer la cooperación entre la OMS, la OPS y los mecanismos de integración regional, alinear las prioridades sanitarias,

movilizar recursos y dar mayor voz a su influencia en los espacios internacionales de toma de decisiones.

Ante este panorama, este artículo señala que es fundamental promover un diálogo regional que involucre a las principales organizaciones de salud de América Latina y el Caribe, con el objetivo de construir posiciones comunes y aprovechar las oportunidades que ofrece el actual proceso de reforma de la arquitectura sanitaria mundial.

Palabras claves: *Reforma De La Arquitectura De La Salud Global; OMS; Gobernanza De La Salud Global.*

Abstract: *The reform of the Global Health Architecture gained momentum after the COVID-19 pandemic and in the face of geopolitical changes, reduced international funding, and new global health challenges. Several processes led by Wellcome, the European Union, and the WHO point to the need for a more decentralized, equitable system driven by the priorities of countries and regions. The proposals converge on three priority areas: strengthening governance, more sustainable financing aligned with national needs, and expanding regional capacity in data, innovation, and the production of health supplies.*

Although other regions are already actively participating in this debate, Latin America and the Caribbean still have low political articulation around the issue. This limits the region's ability to influence decisions that will define the future of global health governance. For the region, the reform represents a strategic opportunity to strengthen cooperation between the WHO, PAHO, and regional integration mechanisms, align health priorities, mobilize resources, and amplify its voice in international decision-making spaces.

Given this scenario, this article points out that it is essential to promote a regional dialogue involving the main health organizations of Latin America and the Caribbean, with the aim of building common positions and taking advantage of the opportunities opened up by the current process of reforming the global health architecture.

Keywords: *Reform Of The Architecture Of Global Health; WHO; Global Health Governance.*

Introdução

A arquitetura da saúde global-AGS foi construída sobre os alicerces do sistema multilateral das Nações Unidas, que, à luz das consequências de longo alcance da Segunda Guerra Mundial, que deixou milhões de mortos, foi concebido para proteger as gerações futuras.

As Nações Unidas foram construídas sobre os pilares da paz e segurança, dos direitos humanos e do desenvolvimento. Inicialmente, o desenvolvimento foi concebido como resultado do crescimento econômico, mas, posteriormente, o significado mais profundo do desenvolvimento passou a ser compreendido como a concretização dos direitos humanos: o direito ao trabalho decente, à segurança e proteção social, à alimentação, à educação e à saúde, entre outros.

Nesse sentido, a saúde global pode ser concebida como o sonho humanista de concretizar o gozo efetivo do direito à saúde para toda a humanidade, e a AGS foi construída como governança "...instituições, regras e processos formais ou informais por Estados,

instituições intergovernamentais e atores não estatais para lidar com desafios de saúde que exigem ações coletivas e transnacionais" para garanti-la.

No cenário pós-pandemia de COVID-19, parece haver um consenso internacional sobre a necessidade de reformar a AGS. Desde a criação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em nível regional, em 1906, e da Organização Mundial da Saúde (OMS) em nível global, em 1944, a AGS tem sido responsável pelo controle e erradicação de doenças, pelo desenvolvimento de normas e diretrizes para problemas e desafios de saúde que transcendem fronteiras e pela provisão de uma estrutura adequada para a coordenação de esforços globais em cooperação na área da saúde.

Tudo indicava que, após a pandemia, mais recursos seriam investidos na cooperação em saúde, mas a verdade é que estamos vivendo um momento bastante dramático, no qual os Estados Unidos se retiraram da Organização Mundial da Saúde e cortaram significativamente os recursos destinados à cooperação em saúde.

No contexto atual, a saúde global passou por diversas transformações em decorrência das transições epidemiológicas, demográficas e tecnológicas, bem como das mudanças nos sistemas alimentares e das alterações climáticas. Esses fatores exigem transformações no multilateralismo e na AGS.

A Arquitetura Global de Saúde (AGS) pode ser entendida como o conjunto de instituições, normas, acordos, mecanismos de financiamento e atores públicos e privados que participam da governança em saúde no nível internacional. Seu objetivo é coordenar a prevenção e a resposta a problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais, promover a equidade no acesso aos serviços e fortalecer a segurança sanitária global.

Além disso, a pressão vivenciada nos últimos anos, o surgimento de novos atores e parceiros estratégicos e as mudanças geopolíticas levaram a uma redução da ajuda oficial ao desenvolvimento, a uma perda de solidariedade internacional e à necessidade de um financiamento para o desenvolvimento mais eficaz.

Wellcome Trust promovendo consultas e diálogos para a Reforma da ASG

Impulsionando esse processo de repensar a AGS, o Welcome Trust[1], uma das maiores fundações filantrópicas do mundo dedicada à pesquisa em saúde global, incumbiu cinco líderes globais da desafiadora tarefa de reimaginar a arquitetura global: os sistemas, estruturas, instituições, normas e processos que, coletivamente, orientam, coordenam, financiam e implementam esforços para aprimorar a saúde global.

Em marco de 2026, a Welcome lanço um artigo intitulado: ***"From rethinking to reform: the way forward for the Global Health System A global synthesis across five regional dialogue"***[2], que reúne as reflexões e conclusões de cinco diálogos regionais com participantes de mais de 114 países sobre a reforma da AGS. Liderados por parceiros regionais, os diálogos

[1] Em 2025, a Wellcome Trust lançou um processo altamente relevante para repensar a arquitetura da saúde global, baseado em cinco diálogos regionais envolvendo atores governamentais e não governamentais de mais de 114 países. Em março de 2026, publicou a síntese "Da reformulação à reforma: o caminho a seguir para o sistema global de saúde", que resume as principais conclusões. https://wellcome.org/insights/reports/rethinking-reform-way-forward-global-health-system

[2] O artigo fica disponivel em Wellcome Global Heath Reform report

abordaram questões urgentes sobre as mudanças necessárias no sistema global de saúde e como elas poderiam ser implementadas.

O documento afirma que *mudanças significativas no sistema global de saúde são inevitáveis*. E que *a questão não é se o sistema mudará, mas quando, em que direção e quem moldará esse futuro sistema*.

De acordo com o artigo publicado pela Welcome, todas as regiões concordaram que *o atual sistema global de saúde trouxe benefícios significativos*. No entanto, as regiões também destacaram *que o sistema atual já não atende às suas necessidades e que deficiências persistentes dificultam o progresso*. Por exemplo:

- ✓ Inconsistência e ineficiência do sistema;
- ✓ Desequilíbrios de poder na tomada de decisões e na definição de agendas;
- ✓ Lacunas na responsabilização e na implementação;
- ✓ Financiamento fragmentado da saúde internacional e dependência de financiamento externo;
- ✓ Sistemas de dados desiguais.

Nesse sentido, apontam que os países exigem reformas urgentes e significativas para tornar o sistema global de saúde mais equitativo, eficaz e sustentável.

Por meio de consultas e diálogos, surge uma visão compartilhada para o futuro: *um sistema global de saúde descentralizado, liderado pelos países, ancorado em centros regionais e apoiado por um sistema global de saúde mais ágil e eficiente*. Alcançar essa visão significa aderir a princípios fundamentais como *soberania, subsidiariedade, equidade e coerência*.

Nesse sentido, o documento questiona: *Como isso se traduziria na prática nos níveis nacional, regional e global?* Ele destaca:

- ✓ Os países são os principais locais onde a saúde é protegida, fornecida e promovida. Eles definem as prioridades dentro do sistema global de saúde para garantir relevância e apropriação local.
- ✓ O nível regional coordenaria estratégias de saúde compartilhadas, cooperação técnica e financiamento para enfrentar desafios comuns o mais próximo possível do nível local.
- ✓ O nível global se concentraria em fornecer padrões técnicos globais, bens públicos globais para a saúde, gestão responsável de ameaças globais e financiamento alinhado às prioridades nacionais.

Os diálogos identificaram três áreas prioritárias para reforma. A primeira é a **governança**, com maior transferência de poder para regiões e países de baixa e média renda, simplificação de mandatos institucionais e fortalecimento da participação da sociedade civil. A segunda é o **financiamento**, por meio do aumento dos investimentos nacionais e regionais em saúde, da redução da dependência de recursos externos e do alinhamento do financiamento internacional às prioridades dos países e ao fortalecimento da atenção primária. A terceira refere-se a **dados, conhecimento e produtos de saúde**, incluindo o fortalecimento dos sistemas regionais de

compartilhamento de informações, a cooperação entre países e mecanismos de compras conjuntas e produção distribuída de produtos de saúde.

Os diálogos fomentados pela iniciativa Wellcome estabelecem um caminho de reforma que envolve a *transferência de poder e tomada de decisões do nível global para os países e regiões, visando um sistema global de saúde mais responsivo e equitativo, descentralizado, porém interconectado*.

O relatório conclui que uma reforma bem-sucedida dependerá da combinação entre propostas técnicas consistentes, apoio político, construção de coalizões e uma abordagem gradual, capaz de gerar resultados concretos no curto prazo enquanto sustenta mudanças estruturais de longo prazo

A UE no processo da Reforma

Em junho de 2025, a União Europeia (UE) e países doadores alinhados iniciaram um processo de reflexão sobre a reforma da AGS[3](, envolvendo 11 Estados-Membros da UE e cinco países parceiros. O objetivo foi identificar propostas comuns para tornar o sistema global de saúde mais eficaz, sustentável e alinhado às necessidades dos países. Em fevereiro de 2026, o grupo publicou o relatório final com recomendações para orientar esse processo de reforma.

O relatório alerta para uma redução estimada de US$ 36,2 bilhões na assistência ao desenvolvimento para a saúde até 2030, equivalente a uma queda de 60% em relação a 2023. Essa redução ocorre em um contexto de crescentes desafios sanitários, incluindo a persistência das doenças transmissíveis, o aumento das doenças não transmissíveis e as restrições fiscais enfrentadas por muitos países de baixa e média renda.

Diante desse cenário[4], o documento defende uma reforma baseada em sete princípios: impacto sustentável na saúde, soberania nacional, participação social, fortalecimento da governança, subsidiariedade, eficiência institucional e fortalecimento do multilateralismo. Também identifica quatro áreas de influência dos doadores: governança, financiamento, cooperação bilateral e articulação política.

---

[3] O processo de brainstorming de opções de reforma envolveu mais de 490 partes interessadas diversas através de consultas, revisões de documentos e mesas-redondas entre julho de 2025 e janeiro de 2026, reunindo especialistas com décadas de experiência para refletir abertamente sobre o que funcionou e o que não funcionou em esforços de reforma anteriores. O processo de consulta, entre julho e outubro de 2025, envolveu mais de 490 partes interessadas através de entrevistas com informantes-chave, painéis de consulta, inquéritos online e grupos focais. Isto permitiu um amplo alcance global, com participantes predominantemente da África Subsariana (41%) e da Europa (28%), representando diversas perspetivas da sociedade civil, governos, organizações multilaterais, academia e setor privado. Em 19 de fevereiro de 2026, eles publicaram seu Relatório Final, intitulado: "***Processo de Reflexão da EU e de Doadores com Ideias Semelhantes sobre a Reforma da Arquitetura Global da Saúde: Ideias e opções de reforma".*** O documento de autoria de David Salinas, Hind Khatib-Othman e Louisiana Lush, com o apoio do HISP: Grégoire Lacoin, Allison Beattie, Allison Kelley e Diana Isabel Sotomayor, intitulado em inglês: "*EU and like-Minded Donors' Reflection Process on Reform of the Global Health Architecture: Reform Ideas and Options*" pode ser acessado em: https://static1.squarespace.com/static/625b44be83e612233a8077de/t/69a56944d1260a6f9fbb6f37/1772448068661/Reflection+Process+Global+Health+Architecture+Reform_Final+Report.pdf

[4] O documento final analisa o atual contexto global de saúde, que é preocupante, visto que a assistência ao desenvolvimento para a saúde (ADS) deverá diminuir significativamente em aproximadamente US$ 36,2 bilhões até 2030, uma redução de 60% em relação a 2023, equivalente aos níveis de 2009.

As propostas concentram-se em fortalecer a liderança dos países sobre seus planos e orçamentos de saúde, ampliar a mobilização de recursos internos, alinhar o financiamento externo às prioridades nacionais e reforçar organizações regionais. Em nível global, destacam-se o fortalecimento da OMS, a preservação dos bens públicos globais e a melhoria da coordenação entre os diferentes atores da saúde internacional.

O relatório organiza as reformas em cinco áreas prioritárias: definição de normas e padrões; financiamento e mobilização de recursos; acesso equitativo a medicamentos, vacinas e diagnósticos; sistemas de dados, vigilância e alerta precoce; e governança, coordenação e responsabilização. O objetivo é construir uma arquitetura global mais eficiente, equitativa e orientada pelas necessidades dos países.

A Reforma da Arquitetura Global na Assembleia Mundial da Saúde

Em maio de 2026, os Ministros da Saúde, reunidos na 79ª Assembleia Mundial da Saúde, propuseram um processo de reforma da arquitetura global da saúde[5], em conformidade com a Iniciativa 80 das Nações Unidas[6], que estabelece os seguintes **objetivos**:

I. Aprimorar o alinhamento dos mandatos e capacidades dos diversos órgãos da arquitetura global de saúde com as funções essenciais dessa arquitetura nos níveis global, regional e nacional.

II. Fortalecer a coordenação e a tomada de decisões para consolidar a colaboração, a responsabilização e a coerência nos níveis global, regional e nacional.

III. Alinhar o financiamento com as prioridades nacionais, regionais e globais para promover a autossuficiência nacional e garantir apoio sustentável e previsível aos bens de saúde pública globais e às funções regionais.

A OMS propõe um processo conjunto para apoiar a transformação da arquitetura global de saúde, a fim de promover uma resposta mais eficaz e eficiente a esses desafios, com base em iniciativas de reforma já existentes e em elementos relevantes da iniciativa UN80, entre outros.

Do ponto de vista operacional, a OMS propõe, para atingir esses objetivos, a criação de uma ***força de tarefas*** conjunta para a reforma da Arquitetura Global de Saúde, composto por 25 membros: 14 Estados-Membros da OMS, dois de cada região da OMS e dois membros adicionais das regiões que colaboram na copresidência. Haverá cinco representantes de iniciativas globais de saúde (Gavi, Aliança de Vacinas, Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias, Unitaid e Fundo para Pandemias); até

[5] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA79/A79_24-sp.pdf

[6] A iniciativa UN80 foi impulsionada pelo atual Secretário-Geral Antonio Guterres sobre ***três pilares****: a)* ***Eficiência administrativa*** visando simplificar os processos administrativos, digitalizar e automatizar a organização, consolidar serviços comuns e transferir algumas funções para locais de menor custo; bem como reduzir as despesas operacionais; *b)* ***Revisão dos mandatos***: propondo analisar os mandatos adotados, apagar mandatos duplicados ou obsoletos; eliminar atividades que já não correspondem às prioridades atuais; melhorar a coordenação entre os organismos e agências; e c) **Reestruturação do sistema das Nações Unidas:** propondo a reengenharia organizacional dos programas e fundos; possíveis fusões entre agências com funções semelhantes; fortalecimento da coordenação nos níveis regional e nacional; criação de plataformas compartilhadas para dados, tecnologia e serviços administrativos; e maior integração entre os pilares da paz e segurança, desenvolvimento sustentável, ação humanitária e direitos humanos.

quatro representantes de entidades das Nações Unidas, incluindo a OMS; e um representante do Banco Mundial e um representante de cada uma das organizações regionais de saúde[7]. Na tabela a continuação se apresentam os membros da força de tarefas.

A forca de tarefas elaborará um relatório provisório, que será analisado pelos conselhos das iniciativas globais de saúde e pelas entidades das Nações Unidas que fazem parte do grupo de trabalho, bem como pelos órgãos deliberativos da OMS, entre novembro de 2026 e fevereiro de 2027, para sua revisão, formulação de comentários e transmissão ao grupo de trabalho; e um relatório final, cuja versão preliminar será submetida aos conselhos das iniciativas globais de saúde antes de sua apresentação à 80ª Assembleia Mundial da Saúde, por meio do Comitê de Programa, Orçamento e Administração, em sua 46ª sessão, para que os Estados-Membros adotem uma decisão final. Os copresidentes que foram eleitos por consenso da Alemanha **Sr. Bjorn KUMMEL** e da China o **Dr. Yong FENG.**

Tabela 1: 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	Franca	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
			Diretor de Programas, Divisão de Intervenção em Saúde e Avaliação de Tecnologias,

[7] Embora se proponha que, no que diz respeito à indicação de representantes dos Estados-membros, os grupos regionais realizem consultas e apresentem à Secretaria os nomes dos países por região, levando em consideração os países de baixa e média renda, até 31 de julho de 2026. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA79/A79_24-sp.pdf

Sudeste Asiático	Butão	Sr. Ugyen TASHI	Departamento de Serviços de 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

A região está em processo de reforma arquitetônica global

Assim como as outras regiões, a América Latina participou do diálogo e da consulta promovidos pela *Welcome* baixo a liderança de uma pesquisadora: ***Paola Abril Campos Rivera***[8] do Institute for Obesity Research del Tecnológico de Monterrey, México, quem preparou um documento base para promover a discussão: "***Reequilibrar a balança: Uma nova arquitetura para a justiça global em saúde***"[9].

Diferentemente de outras regiões, esse processo não foi acolhido e aproveitado como uma oportunidade pelos principais atores e ministérios da saúde da região. Embora a 178ª

[88] Paola Abril Campos Rivera é Paola es professora pesquisadora e diretora do Evidence and Action for Health Equity School of Government and Public Transformation in the Institute for Obesity Research del Tecnológico de Monterrey, México. Arge

[9] O documento proposto, que em teoria busca fortalecer a Arquitetura Global de Saúde, ignora completamente a região, suas prioridades e os mandatos que os ministros priorizaram em matéria de saúde no âmbito regional. O documento pode ser acessado em: Rethinking-GHA Perspective-LAC Preview withTable2

reunião do Comitê Executivo da OPAS tenha ocorrido de 15 a 18 de junho, após a 79ª Assembleia Mundial da Saúde, o tema "Reformando a Arquitetura Global da Saúde" não foi incluído na agenda. Este debate também não foi promovido nos fóruns de saúde dos processos de integração regional.

MARQUEZ, L[10] (2026) apresenta o debate sobre a reforma da OMS e sua Arquitetura Global de Saúde em países como a Índia (OMS/SEARO) e a Arábia Saudita (OMS/EMRO), que se articula nos bastidores para garantir que seus aliados (ou os seus próprios) ocupem as vagas na Força-Tarefa, um grupo que liderará os primeiros movimentos de reforma. Enquanto a China propõe uma reformulação das normas globais com base na centralidade da ONU e do Sul Global, a Índia se concentra na liderança industrial, na biotecnologia e na autossuficiência econômica. A Arábia Saudita, representando os países do Oriente Médio e Norte da África (MENA), defende o financiamento estratégico de emergências e a autonomia operacional do escritório da OMS no Oriente Médio e Norte da África (EMRO). Na Ásia Central, Espanha e Uzbequistão, há defensores da Atenção Primária à Saúde e da sub-regionalização dos escritórios regionais da OMS. A ASEAN, como bloco, defende a descentralização da governança e da capacidade industrial e regulatória. Existem diferentes visões sobre a reforma da OMS e seu financiamento, todas buscando os mesmos objetivos: autonomia decisória e financeira, descentralização, compartilhamento de dados, polos e descentralização produtiva. Todos queremos nos desvincular do Norte Global, das grandes empresas de tecnologia e de dois financiamentos com critérios preestabelecidos.

Em contrapartida, ***um debate semelhante não é observado na região das Américas***. O debate esteve ausente das Reuniões de Ministros do ***MERCOSUL****, da* ***Comunidade Andina*** *e da* ***América Central***. A ***Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos (CELAC)*** não possui um marco específico de governança em saúde; contudo, até o momento, nem a presidência anterior da Colômbia nem a atual do Uruguai promoveram qualquer reunião setorial para tratar da questão da reforma da arquitetura global de saúde.

Além da ausência de debate sobre a Reforma da Arquitetura Global na Região, as Américas contam com dois países que já manifestaram a intenção de deixar a Organização Mundial da Saúde, o órgão máximo de governança da Arquitetura Global de Saúde. A Argentina, que mantém laços estreitos com os Estados Unidos, já solicitou sua retirada da OMS, e ambos os países têm sérias preocupações sobre o desempenho da organização durante a pandemia e sobre o Tratado de Pandemia proposto, atualmente em negociação.

Para a região, a reforma da arquitetura global pode representar uma oportunidade inestimável para:

- ✓ Definir um quadro de cooperação em saúde entre a OMS, seu órgão regional, a OPAS, e os fóruns de saúde dos processos de integração regional, como o MERCOSUL, a Comunidade Andina, a CARICOM e a SICA, fortalecendo e sinergizando os esforços de cooperação.
- ✓ Analisar prioridades estratégicas, como o 14º Programa Geral de Trabalho da OMS para 2025-2028 e seu alinhamento e correspondência com as prioridades regionais, tais como: a Agenda Saúde para o Desenvolvimento Sustentável, o

[10] Marques, L. (2026). Reforma da OMS: o que defendem países e blocos da Ásia-Pacífico e MENA. *Cadernos Fiocruz De Saúde Global E Diplomacia Da Saúde*, *13*, 239-248. https://cadernossaudeglobalfiocruz.net/csgf/article/view/523

Plano Estratégico da OPAS 2026-2031 e outros planos sub-regionais, alinhando-os, promovendo sua reapropriação, revitalização e relançamento para promover a mobilizando recursos para a cooperação técnica.

- ✓ Fortalecer a coordenação entre a OPAS e outras agências do Sistema das Nações Unidas, reforçando alianças estratégicas para alcançar prioridades estratégicas e promovendo uma governança multilateral mais representativa e eficaz em um contexto de crescente competição geopolítica.

Conclusões

Este documento foi elaborado com o objetivo de contribuir para o debate regional sobre o processo de reforma da Arquitetura Global da Saúde. Embora não pretenda esgotar a ampla literatura e os diversos documentos produzidos sobre o tema, busca apresentar uma síntese representativa das principais iniciativas, propostas e discussões atualmente em curso.

O processo de reforma representa uma oportunidade particularmente relevante para a América Latina e o Caribe, região marcada por profundos níveis de desigualdade social e por importantes desafios estruturais na área da saúde. A pandemia de COVID-19 evidenciou fragilidades históricas dos sistemas de saúde, revelou limitações na capacidade de resposta coletiva e destacou a importância da cooperação internacional, dos bens públicos regionais e do fortalecimento do multilateralismo.

As propostas atualmente em discussão apontam para uma arquitetura mais descentralizada, orientada pelas necessidades dos países e fortalecida por mecanismos regionais de coordenação. Nesse contexto, a região tem a oportunidade de ampliar sua participação nos processos globais de tomada de decisão, fortalecer suas instituições regionais de saúde e desenvolver estratégias mais eficazes de cooperação técnica, financiamento e produção de bens essenciais para a saúde.

Para avançar nessa direção, recomenda-se promover um diálogo estruturado entre os principais mecanismos regionais de governança em saúde, incluindo a SE-COMISCA, o Organismo Andino de Saúde Convenio Hipólito Unanue, a Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, a CARPHA e outros espaços de integração regional. A construção de uma agenda compartilhada poderá contribuir para ampliar a capacidade de incidência da região nas discussões globais e assegurar que as prioridades latino-americanas e caribenhas sejam adequadamente refletidas no processo de reforma da AGS.

Dessa forma, a reforma da Arquitetura Global da Saúde não deve ser compreendida apenas como um processo de reorganização institucional internacional, mas também como uma oportunidade estratégica para fortalecer a integração regional, promover maior equidade em saúde e consolidar uma participação mais ativa da América Latina e do Caribe na governança global da saúde.