

Do repensar à reforma: o caminho a seguir pelo sistema de saúde global

Uma síntese global de cinco
diálogos regionais

EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

Este artigo capta os resultados de cinco diálogos regionais sobre a reforma da saúde global apoiados pela Wellcome Trust e orientados por parceiros regionais. Os pontos de vista e opiniões expressos ao longo do diálogo dizem apenas respeito aos participantes individuais e não refletem necessariamente a política ou posição oficial da Wellcome ou de organizações parceiras regionais.

Agradecimentos:

Em primeiro lugar, este artigo agradece a todas as partes interessadas e indivíduos que participaram nos cinco diálogos regionais, assim como às organizações que os lideraram, pelo seu tempo e os seus contributos. O artigo foi escrito por Fabian Moser, com o apoio de Clare Battle e Beck Smith. Os seguintes membros das organizações que lideram os diálogos regionais forneceram análises críticas e contributos para este artigo: Yousef Khader (para o diálogo regional do Médio Oriente e Ásia Central), Angkana Lekagul e Afifah Rahman-Shepherd (diálogo de Ásia-Pacífico), Pablo Villalobos Dintrans (diálogo da América Latina e as Caraíbas), Julia Roper e Sanne Wendes (diálogo da Europa e América do Norte) e Rispah Walumbe e Frida Ngalesoni (diálogo de África).

Acrónimos

ZCLCA:	Zona de Comércio Livre Continental Africana	LACHCP:	Plataforma Catalisadora para a Saúde da América Latina e as Caraíbas
Africa CDC:	Centros Africanos de Controlo e Prevenção de Doenças	MDB:	Bancos de desenvolvimento multilateral
AAM:	Agência Africana de Medicamentos	MeA:	Monitorização e avaliação
MAAP:	Mecanismo Africano de Análise pelos Pares	OCI:	Organização para a Cooperação Islâmica
ASEAN:	Association of Southeast Asian Nations (Associação de Nações do Sudeste Asiático)	APD:	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
UA:	União Africana IPD – Infraestruturas Públicas Digitais	OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
GAVI:	Aliança Global para Vacinas e Imunização	GFP:	Gestão das finanças públicas
GHI:	Iniciativas de saúde global	CSP:	Cuidados de saúde primários
HEAR CSO:	Health Architecture Reimagined Civil Society Organisations (Organizações da sociedade civil para uma arquitetura da saúde reformulada)	PDP:	Parcerias de desenvolvimento de produtos
ATS:	Avaliação de tecnologias de saúde	PPP:	Parcerias público-privadas
CICV:	Comité Internacional da Cruz Vermelha	CER:	Comunidade Económica Regional/ Comunidades Económicas Regionais
IDA/IBRD:	Associação Internacional de Desenvolvimento / Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento	BPR:	Bens públicos regionais
FMI:	Fundo Monetário Internacional	PEID:	Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento
LAC:	América Latina e as Caraíbas	ONU:	Organização das Nações Unidas
		AGNU:	Assembleia Geral das Nações Unidas
		UN80:	Iniciativa de reforma da ONU no 80.º aniversário
		AMS:	Assembleia Mundial da Saúde
		OMS:	Organização Mundial de Saúde

Índice

Prefácio	4
Resumo executivo	6
Contexto	9
Balanço do sistema atual	12
1. Pontos fortes	12
2. Pontos fracos	13
Visão, princípios e funções para o futuro ecossistema	15
1. Visão	15
2. Princípios	15
3. Funções	16
Principais áreas de reforma	17
1. Governança	17
2. Financiamento	24
3. Dados, conhecimentos e produtos	33
Caminho a seguir	37
1. Facilitadores	37
2. Apelo à ação	39
3. Principais questões para avançar	41
4. Conclusão	41
Notas finais	42
Parceiros	43

Prefácio

2025 foi um ano negro para a saúde global. Grandes cortes nos orçamentos de ajuda a nível internacional, sobretudo o encerramento da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), seguido de reduções nos países europeus, prejudicaram os esforços globais na área da saúde e custarão milhões de vidas nos próximos anos.

Estes cortes enfraqueceram um sistema que há muito precisava de uma reforma, mas que era, até ao momento, resistente à mudança. Ao longo das duas últimas décadas, a saúde global impulsionou enormes progressos, salvou vidas e melhorou a saúde a nível global. Mas acabámos também com um sistema que normalizou a desigualdade e a ineficácia. Demasiadas vezes, a saúde global tem sido algo que é feito aos países e não por eles ou com eles. Temos agora uma oportunidade sem precedentes para abordar esta questão, com os países a exigirem mudanças.

Enquanto uma das maiores organizações filantrópicas independentes do mundo, dedicada a melhorar a saúde para todos, a Wellcome tem a oportunidade e a responsabilidade de ajudar a responder a estes apelos. Ao longo da última década, apoiámos novos modelos de cooperação global, contribuímos para reformas importantes no financiamento e na preparação para pandemias e reunimos de forma consistente vozes diversas para chegar a um consenso e promover a mudança em relação a desafios de saúde urgentes.

Há perguntas difíceis às quais é preciso dar resposta. Com menos dinheiro no sistema, como garantimos que todos os países conseguem construir e manter sistemas de saúde fortes e liderados a nível nacional? Como criamos uma arquitetura de saúde global que seja relevante e responda a todos os países, independentemente do nível de rendimento ou das necessidades de saúde? E como podemos transformar estas ideias em realidade?

Ao longo do último ano, a Wellcome trabalhou com parceiros de todo o mundo para reunir líderes e especialistas de governos, organizações multilaterais e globais de saúde, do setor privado e da sociedade civil para começar a explorar estas questões e encontrar formas de avançar. Para começar,



Créditos de imagem: Vicki Couchman/Wellcome

solicitámos a cinco líderes de pensamento que apresentassem as suas visões para a reforma, para mostrar que é possível uma verdadeira reformulação da saúde global. Este é um momento de ambição, não de pequenos ajustes.

Seguiram-se cinco diálogos regionais (América Latina e as Caraíbas, África, Ásia-Pacífico, Europa e América do Norte, e Médio Oriente e Ásia Central) sobre o futuro da saúde global, moldados e liderados por parceiros locais. Partes interessadas de 114 países, que se reuniram através de entrevistas, consultas virtuais e reuniões presenciais, exploraram áreas prioritárias de mudança e formas de concretizar a reforma. As ideias referidas nestes diálogos foram partilhadas em cinco artigos regionais para informar deliberações regionais e globais.

“

Se fizermos isto corretamente, a história assinalará 2026 como o início de uma nova era positiva para a saúde global.

”

John-Arne Røttingen



O que vai acontecer a seguir depende da nossa vontade de avançarmos juntos.



John-Arne Røttingen

Este relatório reúne todas estas reflexões e recomendações. O que se revela é uma clara apetência por reformas substanciais. As perspetivas foram diversas entre as regiões, mas partilharam uma mensagem clara: o atual sistema de saúde global está sobrecarregado, excessivamente centralizado e é incapaz de satisfazer as necessidades do mundo. É necessária uma mudança profunda se quisermos construir um sistema de saúde global mais equitativo, coerente e efetivamente moldado pelas pessoas que deve servir. As regiões têm de ser capacitadas para promover a saúde global.

As cinco regiões chegaram a acordo sobre três áreas prioritárias para reforma:

- **Governança:** esclarecer e simplificar os papéis das organizações e transferir o poder para as regiões e os países de baixo e médio rendimento (LMIC).
- **Financiamento:** garantir que o financiamento internacional se adequa às necessidades de cada país e aumentar os investimentos nacionais e regionais na saúde.
- **Dados, conhecimentos, produtos:** construir sistemas de dados regionais mais sólidos e moldar os mercados para garantir que todos podem obter os produtos de saúde de que necessitam.

Em seguida, num encontro global a realizar em abril, reuniremos partes interessadas das cinco regiões para explorar áreas de consenso emergente para a reforma e, mais importante ainda, as vias para as transformar em ações. Esperamos que este trabalho constitua uma plataforma que outros possam aproveitar, garantindo que boas ideias se traduzem em mudanças reais.

Este trabalho é paralelo - e esperamos que apoie - a outras iniciativas de reforma importantes, incluindo o Accra Reset, o processo de reflexão dos doadores da UE, o seguimento da Agenda de Lusaca, o HEAR CSO, a Plataforma de Ação de Sevilha, bem como os processos emergentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as reformas mais amplas da ONU-80. O desafio para todos nós este ano será reunir estas vertentes num esforço coerente e forte para a mudança.

Se fizermos isto corretamente, a história assinalará 2026 como o início de uma nova era positiva para a saúde global. Um momento de reinvenção, em vez de declínio. O momento em que a ação coletiva transformou uma crise numa ambiciosa abordagem coordenada. Uma abordagem orientada para a equidade, a eficácia e a eficiência para obter melhores resultados em saúde para todos.

O que acontece em seguida depende da nossa vontade de avançarmos juntos e de aproveitarmos este momento para construir um futuro mais saudável para todos.

John-Arne Røttingen

Diretor Executivo, Wellcome

Resumo executivo

Em 2025, a Wellcome apoiou cinco diálogos regionais, liderados por organizações parceiras, que reuniram partes interessadas de mais de 114 países para considerar as seguintes questões:

- Quais são os principais desafios da atual arquitetura da saúde global e o que está a funcionar bem?
- Quais devem ser a função e a forma futuras da arquitetura da saúde global e que reformas são necessárias para as alcançar?
- Quais são os próximos passos a dar para implementar estas reformas e como elas podem ser viabilizadas de forma coletiva?

Este artigo reúne os resultados destes diálogos regionais, examinando as convergências ou divergências de perspetivas e o que isso significa para a reforma.

Partes interessadas de todas as regiões concordaram que o atual ecossistema da saúde global proporcionou vantagens claras, mas falhas persistentes estão a impedir o progresso.

Elementos do atual ecossistema identificados como sendo valiosos incluem: a função normativa da OMS; a cooperação técnica para tirar partido de conhecimentos especializados internacionais; parcerias multilaterais para impulsionar o financiamento, a inovação e o progresso em determinadas doenças; e a presença humanitária sustentada para apoiar a saúde.

No entanto, em todas as regiões, o atual ecossistema da saúde global foi considerado inadequado. Todos os diálogos confirmaram deficiências críticas, incluindo: a incoerência e a ineficácia da arquitetura; desequilíbrios de poder na tomada de decisões, no estabelecimento de prioridades e na definição da narrativa; lacunas na responsabilização e na implementação; dependência do financiamento externo; fragmentação do financiamento da saúde global, que distorce os sistemas e corrói a eficiência; lacunas na soberania sobre dados e na troca de conhecimentos; e capacidade frágil de produção e fornecimento de bens essenciais.

Para lidar com estes constrangimentos, os participantes dos cinco diálogos regionais convergiram numa visão de um ecossistema descentralizado da saúde global, impulsionado pelos países, ancorado em centros regionais e apoiado por uma arquitetura global mais simples e otimizada.

Este novo ecossistema da saúde global deve contribuir para melhorar os resultados em saúde e gerar valor coletivo para todos, apoiando a disponibilização de bens públicos regionais e globais, oferecendo uma coordenação internacional adequada e, sempre que necessário, garantindo uma assistência eficaz e alinhada com as trajetórias definidas pelos países. Este ecossistema deve também ser reativo às alterações à incidência e às determinantes de doenças e permitir abordagens diferenciadas com base em contextos e necessidades distintos.

A concretização desta visão exige a adesão a princípios fundamentais de soberania, subsidiariedade, equidade e coerência. Exige também clareza relativa a funções críticas que serão necessárias aos níveis regional e global. Os diálogos salientaram a importância da definição de prioridades a nível nacional para garantir a relevância e a apropriação locais. Isto deverá ser complementado a nível regional através da definição de prioridades regionais para harmonizar necessidades nacionais e enfrentar desafios comuns, da cooperação e coordenação técnicas, do fornecimento de bens públicos regionais e da mobilização de recursos. O papel do nível global passa então a ser o estabelecimento de normas e padrões técnicos, a gestão e coordenação globais e a mobilização de financiamento coordenado.

Além desta visão fundamental, os diálogos nas cinco regiões identificaram, de modo geral, reformas essenciais a nível governativo, de financiamento, dados, conhecimento e produtos.

Cada diálogo regional revelou uma visão e uma perspectiva únicas daquilo que, em termos práticos, deve constituir as reformas. Coletivamente, os diálogos delinearam também os próximos passos principais e estabeleceram novas questões para fazer avançar estas prioridades comuns de reformas governativas, de financiamento, dados, conhecimento e produtos.

Governança

Em resposta à necessidade de reduzir a duplicação, a concorrência e a indefinição de papéis globais e regionais, os diálogos regionais convergiram em duas prioridades para a reforma dos mandatos:

- Esclarecer e reequilibrar a divisão global/regional do trabalho.
- Simplificar os mandatos, sobretudo a nível global.

A viabilização de capacidades regionais de saúde foi igualmente considerada essencial para tornar a arquitetura da saúde global mais responsiva, equitativa, eficaz e resiliente. Na prática, isto significaria tirar partido da proximidade e da experiência local e garantir que as organizações regionais podem falar com uma voz coerente e unificada. O aprofundamento dos mandatos e do poder de decisão das organizações estabelecidas, detidas e dirigidas a nível regional foi igualmente considerado dependente do fortalecimento da coordenação regional e sub-regional da saúde, da expansão das capacidades operacionais partilhadas e do desenvolvimento de bens públicos regionais.

Paralelamente, os diálogos regionais permitiram reconhecer que, para melhorar a tomada de decisões de saúde global, seria necessário reequilibrar a representação em conselhos de administração para elevar a voz e a autoridade de países e regiões de baixo e médio rendimento. Foi também sublinhada a necessidade de integrar a sociedade civil e outros intervenientes não estatais na governação a todos os níveis. Também se chegou a um consenso sobre a necessidade de tornar os mecanismos de responsabilização mais recíprocos e de aumentar a sua credibilidade e as suas consequências.

Financiamento

Os diálogos regionais concordaram que os países devem dar o primeiro passo no que diz respeito ao aumento da quantidade e da qualidade do financiamento interno da saúde e gerir transições sustentáveis. Ao mesmo tempo, é necessário solucionar igualmente os constrangimentos macrofinanceiros.

Todas as regiões concordaram em melhorar a qualidade do financiamento da saúde global. Em conformidade com a Agenda de Lusaca, as regiões apelaram a um financiamento externo mais bem alinhado, simplificado e previsível, a par da evolução do papel dos bancos de desenvolvimento multilateral (MDB). As regiões propuseram, além disso, o reforço dos mecanismos de financiamento regional para apoiar bens públicos regionais.

Dados, conhecimentos e produtos

Partes interessadas de todas as regiões concordaram com a necessidade de reforçar sistemas de dados e conhecimentos de saúde interoperáveis e geridos a nível regional, apoiados por uma infraestrutura digital sólida, uma gestão clara dos dados e uma troca estruturada de conhecimentos, para permitir evidências fiáveis e uma cooperação mais forte.

Foi também consensual em todas as regiões que os mercados de saúde têm de ser moldados de forma proativa para garantir um acesso equitativo, mais resiliência e maior soberania regional após as desigualdades observadas durante a COVID19. Tal deverá incluir a aquisição conjunta, assim como a produção distribuída e mais bem regulamentada de produtos de saúde.

Isto é também considerado como uma oportunidade para criar vantagens económicas, alinhando os objetivos de saúde e económicos num quadro partilhado.

A implementação de reformas exigirá enfrentar um contexto económico e político global em rápida mudança.

Embora os diálogos regionais tenham procurado obter consensos e identificar os próximos passos específicos, a definição de «como» concretizar as reformas, sobretudo a nível global, continua a ser um desafio. Além disso, várias reformas identificadas através dos diálogos dependerão de mudanças sensíveis do ponto de vista político e poderão estar suscetíveis a resistência.

A concretização de um ecossistema da saúde global mais equitativo, eficaz e eficiente dependerá, por conseguinte, de vários facilitadores essenciais: liderança ativa de LMIC e regiões; alinhamento de propostas ambiciosas para reformas técnicas com autoridade política de alto nível; coligações dinâmicas entre partes interessadas para defender e implementar as reformas; e um processo cíclico que permita obter ganhos rápidos e sustentar mudanças maiores. Exigirá também que os parceiros trabalhem em conjunto para resolver as principais questões pendentes, utilizando os próximos debates sobre a reforma da saúde regional e global para garantir um caminho a seguir claro e unificado.

Uma mudança substancial na saúde global é inevitável. Mas uma reforma bem-sucedida do ecossistema da saúde global depende do trabalho conjunto, com todas as regiões envolvidas de forma significativa como coarquitetas.

Os governos têm de estabelecer e executar uma direção partilhada para a reforma. Têm igualmente de fortalecer e alinhar o financiamento em torno de um plano e permitir a descentralização nos casos em que esta represente um valor acrescentado. As organizações regionais têm de criar sistemas partilhados, assumir funções claras e harmonizar os mercados. As organizações globais têm de se tornar mais simples e otimizadas. Têm também de apoiar intervenientes regionais, alinhar-se com os planos nacionais e estabelecer instrumentos de financiamento. A sociedade civil, os grupos de reflexão e o meio académico têm de fortalecer a sua voz, as evidências e a responsabilização. Através de um esforço coerente e alinhado entre regiões e grupos de partes interessadas, podemos aproveitar a atual janela de oportunidade e criar um ecossistema da saúde global que possa responder às necessidades de saúde de hoje e de amanhã.

Contexto

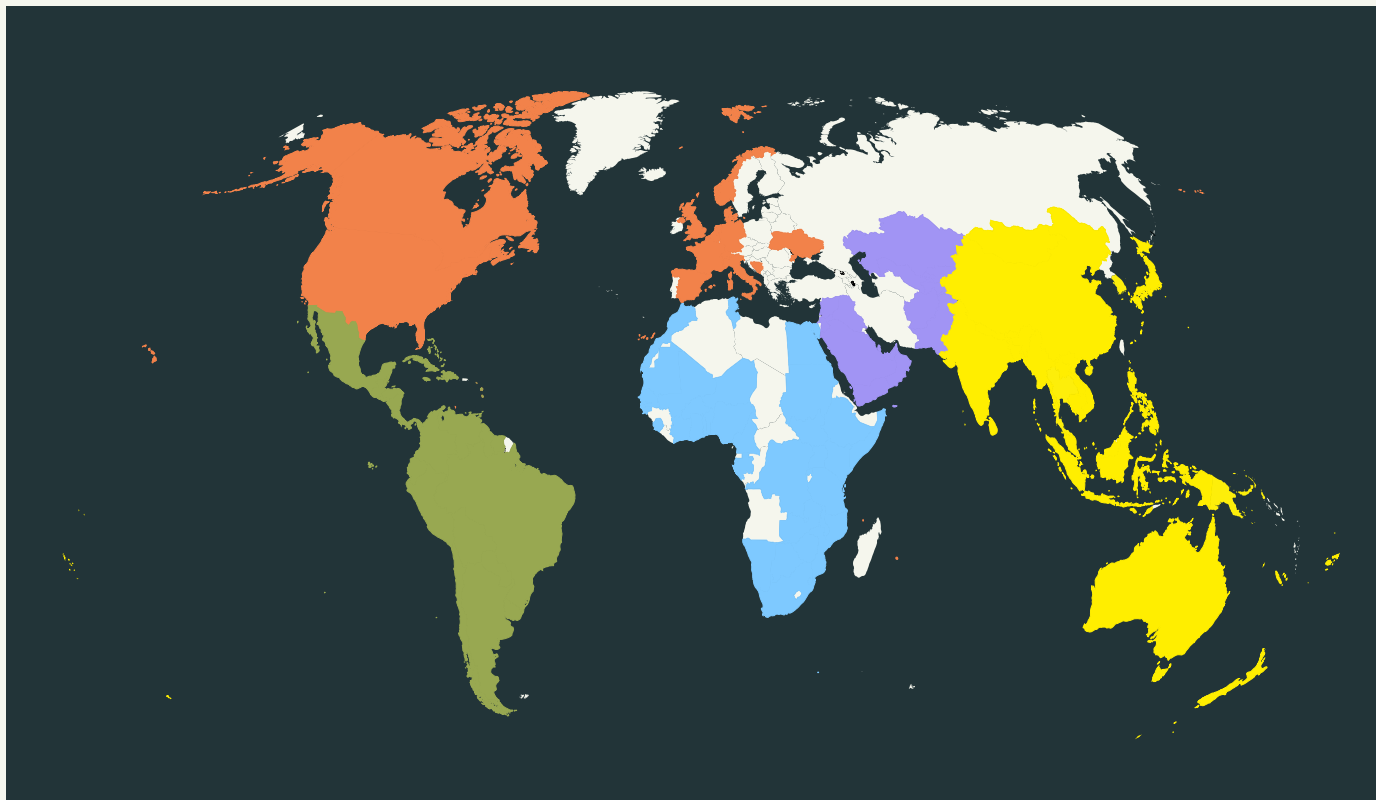
Não há dúvida de que as mudanças políticas e financeiras dos últimos 12 meses representaram um desafio sem precedentes para a saúde global. Em especial, estas mudanças resultaram em grandes cortes nas ajudas de doadores, que já custam vidas e arriscam o agravamento de desigualdades globais. Mas mesmo antes destas mudanças, 4,6 mil milhões de pessoas não tinham acesso a serviços básicos de saúde¹ e o mundo não estava preparado para futuras pandemias. Embora não haja uma solução fácil e a perspectiva de progresso seja ainda extremamente incerta, este momento atual de crise pode ser visto como a abertura de uma janela para a mudança. Existe agora uma oportunidade há muito esperada e absolutamente necessária para uma reforma transformadora que construa um sistema de saúde global melhor e mais justo para o futuro.

Ao longo da última década, iniciativas como a Agenda de Lusaca e outras têm vindo a trabalhar no sentido de promover a evolução da arquitetura da saúde

mundial². No entanto, as mudanças necessárias e as mudanças possíveis são dramaticamente diferentes neste novo contexto.

Pela sua natureza, a reforma da saúde global necessita de uma resposta *global*. Não pode ser decidida por uma organização, um país ou uma região; exige inteligência coletiva e a tomada de decisões em todo o mundo. Em 2025, para complementar outras iniciativas de reforma, a Wellcome apoiou cinco diálogos regionais sobre a reforma global da saúde na América Latina e Caraíbas, África, Ásia-Pacífico, Europa e América do Norte e Médio Oriente e Ásia Central³. Estes diálogos foram liderados por organizações parceiras de cada região, que reuniram os principais intervenientes para deliberações francas sobre as reformas necessárias na arquitetura da saúde global e a forma de as tornar possíveis.

Países envolvidos em cinco diálogos regionais sobre a reforma global da saúde



Os cinco diálogos aproveitaram a experiência e os conhecimentos de mais de 114 países, incluindo representantes de governos nacionais, organizações regionais, a OMS e todo o sistema da ONU, MDB, organizações não governamentais (ONG), sociedade civil, fundações filantrópicas, setor privado, organizações comunitárias e outros (ver mapa). Embora cada diálogo tenha sido único, todos incluíram uma fase de consulta e um encontro presencial, que teve lugar entre agosto e novembro de 2025 (ver caixa 1 para obter mais pormenores sobre os diálogos).

Caixa 1.

Visão geral: Diálogos regionais sobre a reforma da saúde global

Organizações que conceberam, lideraram e facilitaram os diálogos em cada região:

- **América Latina e as Caraíbas:** Tecnológico de Monterrey (México) com o Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (Instituto para a Eficiência Clínica e Políticas de Saúde) (Argentina), Universidad Mayor (Chile) e University of the West Indies (Universidade das Índias Ocidentais) (Jamaica).
- **África:** Amref Health Africa (Quênia).
- **Ásia-Pacífico:** O PMAC Strategic Institute (Instituto Estratégico PMAC) com a International Health Policy Program Foundation (Fundação do Programa Internacional de Políticas de Saúde) (Tailândia), a Saw Swee Hock School of Public Health (Escola de Saúde Pública Saw Swee Hock), a Universidade Nacional de Singapura (Singapura), a Vanke School of Public Health (Escola de Saúde Pública Vanke) e a Universidade de Tsinghua (China)
- **Médio Oriente e Ásia Central:** A Eastern Mediterranean Public Health Network (Rede de Saúde Pública do Mediterrâneo Oriental) (Jordânia) com o Middle East Council on Global Affairs (Conselho do Médio Oriente para Assuntos Globais) (Catar) e a Faculdade de Medicina da Universidade de Nazarbayev (Cazaquistão).
- **Europa e América do Norte:** Panorama Strategy (EUA) com a SEEK Development (Alemanha).

Fase de consulta: apresentou perspectivas e prioridades de intervenientes nacionais e regionais e iniciou a identificação de áreas de convergência e divergência. Em todas as regiões:

- Um total de 1790 participantes deram o seu contributo através de inquéritos online para obter informações, testar hipóteses e recolher propostas de reforma.
- Foram entrevistados, no total, 204 informadores-chave, explorando desafios do sistema atual e prioridades de reforma.
- Muitas regiões realizaram também discussões virtuais em grupos especializados ou workshops a nível sub-regional.
- As atividades de consulta foram complementadas por uma análise cíclica das políticas e por uma síntese efetuada pelas organizações principais.

Fase de encontro: desenvolveu e consolidou áreas de consenso, e analisou e debateu áreas contestadas para avançar para a convergência regional relativa a prioridades e medidas concretas de reforma.

- Grupos competentes e construtivos de participantes reuniram-se para uma deliberação franca e inclusiva.
- Cinco encontros, em Berlim, Amã, Singapura, Kigali e Cidade do México, reuniram 273 partes interessadas.

Embora os diálogos tenham começado com uma avaliação da atual arquitetura da saúde global, o seu foco foi prospetivo, abordando as seguintes questões centrais:

- Quais são os principais desafios da atual arquitetura da saúde global e o que está a funcionar bem?
- Quais devem ser a função e a forma futuras da arquitetura da saúde global e que reformas são necessárias para as alcançar?
- Quais são os próximos passos para implementar estas reformas e como elas podem ser viabilizadas de forma coletiva?

Com base nas consultas e convocatórias, cada diálogo regional produziu um documento com os resultados, que inclui as reflexões e recomendações dos participantes ^{4, 5, 6, 7, 8}. Estes cinco artigos oferecem perspetivas regionais distintas, assim como propostas concretas de reforma, tanto a nível regional como global.

Esta síntese reúne estes diálogos regionais, examinando as convergências ou divergências de perspetivas e o que isso significa para a reforma. Pretende-se que estas lições e prioridades complementem outras análises (como o processo de reflexão dos doadores da UE e outros com uma perspetiva semelhante) e contribuam para esforços de reforma em curso, incluindo a Agenda de Lusaca, a Reposição de Acra, a Plataforma de Ação de Sevilha, a sociedade civil HEAR e o processo emergente convocado pela OMS, assim como o processo mais amplo da UN80.

O artigo está organizado da seguinte forma: A secção II faz o balanço do sistema atual; a secção III descreve a visão, os princípios e as funções do futuro ecossistema; a secção IV apresenta as principais áreas de reforma, os próximos passos propostos e as questões pendentes; a secção V considera o caminho coletivo a seguir e apresenta a conclusão.

Balanço do sistema atual

Os cinco diálogos regionais revelaram informações sobre o funcionamento do atual ecossistema da saúde global, salientando os aspectos em que proporcionou vantagens claras e onde falhas persistentes estão a impedir o progresso.

1. Pontos fortes

Todas as regiões concordam que, na sua forma atual, o ecossistema da saúde global contribuiu para um progresso vital. Os elementos do ecossistema que são identificados como sendo particularmente benéficos incluem:

1.1. A função normativa da OMS

O papel da OMS no estabelecimento de normas técnicas e orientações a nível global é destacado como essencial e um bem público global fundamental. Apesar dos apelos para tornar as orientações mais adequadas às realidades nacionais e regionais, a função normativa da OMS é considerada uma base importante e legítima num ecossistema cada vez mais complexo.

1.2. Cooperação técnica para tirar partido de conhecimentos especializados internacionais

A cooperação técnica internacional e os mecanismos de partilha de conhecimentos permitiram que os países tivessem acesso a conhecimentos especializados e a normas que talvez não tivessem capacidade para desenvolver de forma independente. Em particular, as plataformas de colaboração e aprendizagem criaram vantagens para que países mais pequenos ou com menos recursos beneficiassem do conhecimento global.

1.3. Parcerias multilaterais para impulsionar o financiamento, a inovação e o progresso em determinadas doenças

A inovadora colaboração multilateral ajudou vários países a obter vantagens mensuráveis em áreas de saúde prioritárias, incluindo VIH, tuberculose, malária e imunização, assim como na saúde materna e infantil. Estas vantagens foram apoiadas por parcerias multilaterais, como a GAVI, o Fundo Global, o Mecanismo de Financiamento Global e outras, reconhecidas por mobilizarem e agregarem vastos recursos internacionais, por mecanismos para moldar o mercado no sentido de reduzir os preços e melhorar o acesso a produtos de saúde e pela governação multilateral.

1.4. Presença humanitária sustentada para apoiar a saúde

O diálogo do Médio Oriente e Ásia Central salienta o papel fundamental que intervenientes neutros, como o Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e ONG humanitárias, continuam a desempenhar para manter o acesso a serviços de saúde essenciais e complementar os esforços mais amplos do sistema de saúde em contextos frágeis e afetados por conflitos.

Apesar destes sucessos, todas as regiões consideram que o atual ecossistema da saúde global é inadequado. Mais especificamente, deficiências na governação, no financiamento, na troca de conhecimentos e no abastecimento de produtos são salientadas como fatores que comprometem a eficiência, a eficácia e a sustentabilidade.

2. Pontos fracos

2.1. Narrativa desatualizada

A saúde global ainda funciona com base numa narrativa de «ajudar primeiro» que molda o ecossistema, colocando os países e as regiões, sobretudo no Sul Global, como beneficiários e não como coarquitetos. Nesta abordagem desatualizada, a tomada de decisões e a autoridade técnica pertencem a organizações externas, moldando as prioridades a partir do exterior e reforçando a dependência. O sucesso é enquadrado em termos de conformidade com os doadores e implementação de programas verticais, em vez de uma contribuição conjunta para bens públicos, criando uma liderança nacional e proporcionando um fortalecimento dos sistemas a longo prazo aos níveis nacional, regional e global.

2.2. Incoerência e ineficácia

A arquitetura da saúde global é extensa, mas carece de coerência, o que é exacerbado pela falta de uma visão comum do sucesso. Os papéis não estão bem definidos entre organizações globais, assim como entre organizações globais e regionais. Os mandatos sobrepõem-se e, muitas vezes, os intervenientes competem, em vez de se complementarem. As responsabilidades institucionais não são claras e iniciativas paralelas proliferam, em vez de se coordenarem, em torno de prioridades nacionais. Esta fragmentação e a falta de tomada de decisões aplicáveis a todo o sistema prejudicam a eficácia do ecossistema.

2.3. Desequilíbrios de poder

A governação da saúde continua a ser dominada por pessoas e regiões com rendimentos elevados e está excessivamente centralizada a nível mundial. Quatro das cinco regiões (África, América Latina e as Caraíbas, Ásia-Pacífico e Médio Oriente e Ásia Central) destacaram nos seus diálogos que a sua região não tem autoridade suficiente nas estruturas de tomada de decisões de saúde global, por exemplo, em conselhos de administração e nos processos de governativos de organizações globais de saúde. Esta situação reforça a dependência e a desigualdade, com os governos e a sociedade civil dos países de baixa renda sub-representados e menos influentes na definição de prioridades, na conceção de programas e na supervisão. Leva também a que alguns intervenientes se sintam «à margem» de um sistema concebido, financiado e governado pelo Norte Global, que não incorpora adequadamente as necessidades, as competências e a apropriação nacionais e regionais.

2.4. Lacunas na responsabilização

A ausência de mecanismos eficazes de responsabilização na saúde global resulta numa lacuna persistente na implementação de compromissos. Sem mecanismos mais vinculativos ou sistemas de incentivos, compromissos coletivos para disponibilizar bens públicos globais são considerados uma aspiração. Diversos diálogos destacaram também a natureza unidirecional da monitorização da saúde global, medindo o desempenho dos países em relação aos objetivos dos doadores. Em contrapartida, mecanismos equivalentes para monitorizar o alinhamento dos doadores com as prioridades nacionais são fracos ou inexistentes, o que perpetua desequilíbrios de poder e compromete a confiança.

2.5. Dependência continuada do financiamento externo

O investimento interno insuficiente na saúde e a dependência excessiva de alguns países do financiamento externo não apenas limitam a apropriação dos países e a soberania da saúde a nível nacional, como também comprometem a sua autonomia no ecossistema da saúde global. A falta de mecanismos adequados para desenvolver a capacidade de financiamento interno e planear uma transição responsável do financiamento externo é uma lacuna crítica no atual ecossistema. Esta situação é exacerbada por constrangimentos macrofinanceiros, em especial dívidas insustentáveis, custos de financiamento desiguais e fluxos financeiros ilícitos, que restringem a flexibilidade orçamental dos países.

“

A arquitetura atual não promove sinergias entre os níveis global, regional e nacional. Em vez de complementarem capacidades existentes, muitos intervenientes operam em paralelo, dando origem à duplicação e substituindo funções que poderiam ser realizadas de forma mais eficaz por instituições locais ou regionais.

”

Relatório de resultados do diálogo com a América Latina e as Caraíbas

2.6. Fragmentação do financiamento da saúde global

A proliferação de fluxos de financiamento compartimentados e específicos para determinadas doenças compromete a coerência e impõe um encargo administrativo desnecessário aos países. Este tipo de financiamento contorna frequentemente os processos nacionais de planeamento e orçamentação, o que negligencia a necessidade de desenvolver sistemas sustentáveis detidos pelos próprios países, compromete a gestão das finanças públicas e prejudica a prestação integrada de cuidados de saúde primários (CSP).

2.7. Lacunas na soberania sobre dados e na troca de conhecimentos

Muitos países contribuem com grandes quantidades de dados para os esforços globais de investigação, mas não têm propriedade nem acesso recíproco aos dados, conhecimentos e produtos de saúde. A falta de sistemas de dados interoperáveis, juntamente com um intercâmbio de conhecimentos e uma cooperação técnica regionais limitados, também restringem a utilização de dados e de conhecimentos especializados para a tomada de decisões baseadas em factos e para respostas rápidas a emergências sanitárias.

2.8. Produção e abastecimento frágeis e desiguais de bens essenciais de saúde

A pandemia da COVID-19 pôs em evidência a fragilidade dos sistemas globais concentrados de produção e abastecimento, assim como as desigualdades persistentes no acesso a produtos de saúde vitais. Oportunidades de produção local e regional, cadeias de abastecimento e processos regulamentares harmonizados são frequentemente subutilizados, perpetuando a dependência de mercados externos, em vez de promover a autonomia e a resiliência no ecossistema da saúde global.

Este balanço mostra que, embora as partes interessadas de todas as regiões reconheçam as conquistas e os ativos do atual ecossistema da saúde global, não têm dúvidas de que estes pontos fortes coexistem com deficiências profundas que estão a travar o progresso. O atual ecossistema da saúde global tornou-se fragmentado, desequilibrado e desalinhado com as prioridades das regiões e dos países. Este diagnóstico constitui a base para uma visão partilhada de que uma reforma significativa tem de ser transformadora e orientada por uma visão comum clara.

Visão, princípios e funções para o futuro ecossistema

1. Visão

No seu conjunto, os cinco diálogos regionais preveem um ecossistema da saúde global que possa melhorar os resultados em saúde e gerar valor coletivo para todos, apoiando a disponibilização de bens públicos regionais e globais, oferecendo uma coordenação internacional adequada e, sempre que necessário, garantindo uma assistência eficaz e alinhada com as trajetórias definidas pelos países. Este ecossistema é reativo às alterações à incidência e às determinantes de doenças e permite abordagens diferenciadas com base em contextos e necessidades distintos. É um sistema descentralizado, impulsionado pelos países, ancorado em centros regionais e apoiado por uma arquitetura global mais simples e otimizada.

A concretização desta visão exige a adesão a princípios fundamentais.

2. Princípios

- **Soberania** – Os países exercem autoridade sobre as suas prioridades e os seus sistemas de saúde, reforçando a autossuficiência. O ecossistema da saúde global é moldado por intervenientes nacionais soberanos, em parceria com organismos regionais e intervenientes não estatais, impulsionando a colaboração multilateral baseada na apropriação, na confiança e na legitimidade.
- **Subsidiariedade** – As decisões são tomadas e implementadas o mais próximo possível daqueles que afetam, permitindo abordagens flexíveis e diferenciadas que respondam a realidades nacionais e regionais diversas e em evolução, ancoradas na descentralização do poder. A coordenação internacional e o apoio financeiro e

técnico externo são prestados quando e onde for necessário, reforçando a autonomia nacional e regional no âmbito de um quadro global partilhado.

- **Equidade** – O ecossistema da saúde global catalisa o progresso no sentido de resultados em saúde equitativos nos países e entre eles. Processos, parcerias, governação e mecanismos de financiamento justos reequilibram ativamente as assimetrias de poder e as disparidades entre intervenientes aos níveis nacional, regional e global.
- **Coerência** – As funções em cada nível do sistema são claras e complementares, acompanhadas de uma clareza dos papéis organizacionais. A eficiência é maximizada ao garantir o fortalecimento e a utilização de estruturas e sistemas existentes, em vez de criar estruturas novas ou paralelas. Organizações globais simplificadas com mandatos e responsabilidades mais claros, ou menos sobrepostos, respeitam, complementam e apoiam o que existe aos níveis local e regional, ligando estes sistemas num ecossistema global alinhado e moldado pela cooperação em rede, em vez da concorrência.

3. Funções

O nível nacional continua a ser, sem dúvida, o principal local para a prestação e proteção da saúde. No entanto, o progresso no sentido de um ecossistema da saúde global transformado exige também uma maior clareza quanto às funções que serão necessárias aos níveis regional e global (o foco deste artigo).

A maioria dos diálogos identificou as seguintes funções para o **nível regional**:

- **Definir prioridades, agendas e estratégias regionais de saúde** com base nas necessidades de saúde distintas e nas prioridades partilhadas dos países, e fortalecer os mecanismos regionais de responsabilização entre países.
- **Liderar a cooperação e a coordenação técnicas de saúde entre os países da região** e, quando solicitado, prestar apoio específico ao contexto aos programas de implementação dos países.
- **Disponibilizar bens públicos regionais para a saúde**, tais como vigilância e capacidade de resposta a surtos, arquiteturas partilhadas de dados e conhecimentos, normas regulamentares de harmonização, entre outros.
- **Mobilizar e associar recursos**, tanto financeiros como técnicos, em conformidade com as prioridades de saúde nacionais e regionais para bens públicos regionais e outras formas de cooperação e apoio.

A ser complementado pelas seguintes funções a **nível global**:

- **Definir normas e padrões técnicos globais e apoiar e coordenar a disponibilização de bens públicos globais** para a saúde, como investigação e desenvolvimento, orientações regulamentares, orientação clínica e apoio às políticas, sistemas globais de vigilância de doenças, entre outros.
- **Proporcionar uma gestão e coordenação globais** para gerir ameaças e externalidades globais, como emergências sanitárias globais, e facilitar a partilha de informações e o alinhamento de intervenientes de todas as regiões num quadro global partilhado.
- **Mobilizar um financiamento coordenado** para bens públicos globais, assim como para a assistência aos países em transição para o financiamento interno da saúde e, se necessário, em contextos humanitários.

Esta lista de funções não é exaustiva, mas baseia-se naquelas que foram mais frequentemente destacadas nos diálogos, de modo a fornecer um esboço para futura divisão do trabalho entre os diferentes níveis do ecossistema de saúde. Será necessária uma deliberação coletiva mais aprofundada para assegurar uma identificação abrangente das funções (reconhecendo que o tipo de apoio e de participação pretendidos variará consoante o contexto do país) e para considerar as vias adequadas em regiões cuja capacidade, estruturas e disponibilidade para desempenhar essas funções variam consideravelmente. As reflexões sobre os passos necessários para realizar esta diferenciação de funções são apresentadas na secção seguinte.

Principais áreas de reforma

Cada diálogo regional revelou uma visão e uma perspectiva únicas das reformas necessárias para acelerar o progresso no sentido da transformação do ecossistema da saúde global proposto acima.

O foco, a ênfase e a profundidade das discussões e propostas diferiram entre as regiões. Contudo, os diálogos nas cinco regiões convergiram em áreas comuns de reforma, respondendo aos frequentes pontos fracos identificados no balanço acima. No seu conjunto, os diálogos propuseram reformas governativas e financeiras essenciais, assim como nos dados, conhecimentos e produtos. Muitos deles refletem prioridades existentes e mudanças definidas na Agenda de Lusaca⁹, sublinhando a necessidade de aproveitar princípios e compromissos estabelecidos para uma ação conjunta à medida que avançamos. Os próximos passos propostos e questões pendentes para fazer avançar as reformas baseiam-se diretamente nas propostas de todos os diálogos, assim como na síntese das prioridades partilhadas.

1. Governança

1.1. Diferenciar e simplificar mandatos para melhorar a coerência e a eficiência

Em resposta à duplicação, à concorrência e à indefinição dos papéis globais e regionais referidos na secção II, os diálogos regionais convergiram em duas prioridades para a reforma dos mandatos: diferenciar e reequilibrar a divisão global/regional do trabalho e simplificar os mandatos em cada nível.

1.1.1. Diferenciar e reequilibrar funções e mandatos entre os níveis global e regional

A transferência de mais funções do nível global para o nível regional surge como uma das principais prioridades de reforma na América Latina e as Caraíbas, na Ásia-Pacífico, em África, e no Médio Oriente e Ásia Central. É impulsionado por uma visão partilhada de polos regionais credíveis que respondem diretamente às necessidades distintas dos seus países e que, ao mesmo tempo, se ligam ao sistema global e o modelam.

Embora focadas no sistema global, as partes interessadas da Europa e da América do Norte também manifestaram um apoio significativo à recalibração de papéis e responsabilidades entre os níveis global e regional, permitindo uma maior apropriação regional da saúde e esclarecendo, em simultâneo, que funções devem permanecer globais.

A maioria dos diálogos sublinhou a necessidade de a OMS se reconcentrar no seu mandato principal de definir normas e padrões globais, cabendo às organizações regionais um papel mais definido na adaptação contextual, na cooperação técnica e no apoio à implementação. A Ásia-Pacífico e a América Latina e as Caraíbas também salientaram a necessidade de uma reforma dos mandatos das organizações financeiras internacionais, incluindo o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e os bancos de desenvolvimento regional, para coordenar melhor o financiamento de bens públicos globais e regionais (ver subsecção 2.2).

No entanto, as regiões concordaram também que a complexidade deste reequilíbrio de funções do nível global para o nível regional não deverá ser subestimada. Será necessário um apoio considerável para permitir que as organizações regionais de saúde absorvam e desempenhem funções adicionais, reconhecendo as variações nos níveis de capacidade e maturidade entre regiões (ver subsecção 1.2). Acordos governativos e de responsabilização claros, incluindo entre organizações regionais, serão também essenciais para garantir que essas mudanças não agravam a fragmentação. Todas as regiões concordaram igualmente que uma maior regionalização, através de quadros comuns e partilhados, tem de garantir o alinhamento global.

1.1.2. Esclarecer e simplificar mandatos a todos os níveis, sobretudo ao nível global

Além de um eventual reequilíbrio de funções e mandatos entre os níveis global e regional, verificou-se um forte consenso nos diálogos quanto à necessidade de esclarecer e simplificar os mandatos das atuais organizações globais de saúde para reduzir a fragmentação e as ineficiências.

Próximos passos propostos:

- As organizações globais e regionais de saúde introduzem ou melhoram os protocolos de responsabilização e coordenação com a supervisão dos governos dos Estados-Membros, incluindo mecanismos formais para o planeamento conjunto e a partilha de informações para promover a ação coletiva e estruturas de incentivo que deem prioridade à colaboração e à sinergia em detrimento da concorrência.
- Os governos autorizam uma análise independente e sistemática dos mandatos individuais e de funções diferenciadas de organizações globais e regionais de saúde, identificando oportunidades de recalibração para lidar com duplicações, lacunas e ineficiências e para assegurar a realização das funções essenciais definidas na secção III. Este processo seria inclusivo e transparente, envolvendo tanto intervenientes globais (como a OMS, a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para a População e outras entidades, iniciativas de saúde global como a Gavi, o Fundo Mundial, o GFF, a Unitaid, o CEPI, o Fundo Pandémico e diferentes parcerias) como intervenientes regionais (como o Africa CDC e outros).
- Em conformidade com as conclusões desta análise, os governos e parceiros colaboram com as organizações globais de saúde para descentralizar progressivamente os papéis e responsabilidades acordados, apoiando e permitindo, ao mesmo tempo, que organizações regionais de saúde os absorvam. Esta descentralização deve ser faseada e previsível, a fim de aumentar a confiança no processo de reforma e reforçar a credibilidade governativa.
- Os governos e parceiros trabalham com organizações globais de saúde, dentro e fora do sistema da ONU, para simplificar os seus mandatos através de mecanismos governativos adequados, evitando, ao mesmo tempo, a criação de novas organizações.

Apesar de um amplo acordo de princípio, o nível de ambição, a noção de como o fazer e o apoio às diferentes opções permaneceram menos definidos. As propostas incluíram uma melhor harmonização de mandatos entre as organizações globais de saúde, incluindo a OMS, a GAVI e o Fundo Mundial (destacada pelo Médio Oriente e Ásia Central e pela Europa e América do Norte); a reorientação das organizações para os seus mandatos e funções principais, nos casos em que dispõem de uma vantagem comparativa (América Latina e as Caraíbas, Europa e América do Norte e Ásia-Pacífico); e a unificação ativa dos mandatos para reduzir duplicações entre organizações (África).

Questões pendentes e compromissos:

- Tendo em conta a grande variedade de capacidades e integração regionais, qual é a melhor forma de conduzir as reformas no sentido da regionalização, mantendo, em simultâneo, o alinhamento e a coerência a nível global?
- Como pode a deliberação coletiva determinar com maior precisão o equilíbrio de funções entre os níveis global e regional, tendo em conta os compromissos associados?
- Que intervenientes têm a autoridade e a imparcialidade para liderar uma revisão sistemática de papéis, duplicações e mandatos a nível global, e como seriam adotadas as recomendações pelos organismos do governo?
- Como é que estas deliberações podem garantir uma consideração adequada das diferentes necessidades dos diferentes países (tendo em conta fatores como o nível de rendimento e a fragilidade)?
- Como é que a resistência institucional a mudanças substanciais nos mandatos pode ser abordada de forma construtiva?
- Como podem ser evitadas lacunas em funções de saúde global durante transições de mandatos, sobretudo se os papéis mudarem mais rapidamente do que o financiamento ou a capacidade técnica?

1.2. Facilitar uma arquitetura regional da saúde

Em todos os diálogos, a facilitação de capacidades regionais de saúde é considerada essencial para tornar a arquitetura da saúde global mais responsiva, equitativa, eficaz e resiliente ao tirar partido da proximidade e das competências locais. Verificou-se um forte consenso nas regiões da América Latina e as Caraíbas, Médio Oriente e Ásia Central, África e Ásia-Pacífico de que a respetiva influência global depende de organizações regionais credíveis e coerentes que falem a uma só voz.

O aprofundamento dos mandatos e do poder de decisão das organizações regionais exigirá o fortalecimento da coordenação regional e sub-regional da saúde, a expansão das capacidades operacionais partilhadas e o reforço do apoio à disponibilização de bens públicos regionais. Devido à heterogeneidade das regiões, não existe uma abordagem uniformizada para atingir este objetivo. No entanto, surgiram dois mecanismos comuns.

1.2.1. Fortalecer plataformas de coordenação de políticas regionais

Plataformas regionais e sub-regionais multilaterais e multiparticipadas fortalecidas devem servir como centros para o desenvolvimento e a promoção de prioridades, agendas e estratégias regionais de saúde partilhadas, assim como para a coordenação de ações. Isto permitiria aos países mobilizar recursos coletivos e harmonizar esforços para influenciar a tomada de decisões e as políticas a nível global. Devem ser impulsionados por entidades nacionais, sub-regionais e regionais e ser responsáveis perante eles, a fim de resolver problemas de saúde regionais, mantendo simultaneamente ligações a mecanismos globais.

Já existem intervenientes a nível regional que podem exercer ou proporcionar as bases para essa coordenação e liderança, embora na maioria dos casos a configuração atual seja imperfeita. Os participantes no diálogo do Médio Oriente e Ásia Central salientaram que organizações como a EMPHNET, o CDC do Golfo, a Liga Árabe e a Organização para a Cooperação Islâmica (OCI) poderiam servir como centros de coordenação e liderança. A regionalização exigirá uma consideração crítica dos acordos existentes (ver secção III), seguida de um esforço concertado para fortalecer capacidades essenciais, reconhecendo que tal pode exigir modelos flexíveis e ligados em rede, com uma geometria e um envolvimento variáveis nas diferentes funções, em vez de um único centro regional bem

delimitado. A promoção eficaz da saúde a nível regional exigirá a colaboração não apenas de organizações centradas na saúde, mas também, tal como acontece a nível global, de intervenientes cujos mandatos abrangem outros setores, refletindo a natureza inerentemente transversal dos desafios de saúde.

1.2.2. Disponibilizar bens públicos regionais e funções conjuntas

Em consonância com o desejo de aumentar a disponibilização de bens públicos e funções conjuntas a nível regional (ver secção III), o desenvolvimento ou fortalecimento de mecanismos para aquisição conjunta, a produção regional, a harmonização regulamentar e a capacidade de resposta a emergências, a fim de alavancar economias de escala e reduzir a dependência de sistemas externos, também surgiram como prioridades comuns a todas as regiões (ver caixa 2).

Caixa 2

Exemplo: Proposta para a plataforma catalisadora para a saúde da LAC (LAC-HCP)

O diálogo da América Latina e as Caraíbas a criação de uma Plataforma Catalisadora para a Saúde da LAC (LAC-HCP) para reestruturar e reforçar a região, fomentando a colaboração e possibilitando o investimento coordenado em dois domínios distintos, mas interligados:

- 1) O desenvolvimento de bens públicos regionais (BPR), como arquiteturas de dados de saúde, metodologias de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), capacidades de geração e análise partilhadas para soluções baseadas em dados e capacitadas por IA, e repositórios regionais de conhecimento.
- 2) Cooperação entre o sul para produção e serviços partilhados (não BPR), como aquisição conjunta/coordenada, produção regional e reforço regulamentar partilhado. A plataforma funcionaria como um mecanismo unificador não duplicativo, totalmente complementar aos mandatos da OPAS, mecanismos sub-regionais e bancos de desenvolvimento multilateral.

Próximos passos propostos:

- Com base na análise global proposta na subsecção 1.1, governos e organizações nas regiões identificam e acordam que organização ou combinação de organizações regionais irá liderar funções essenciais a nível regional e trabalham em conjunto para garantir que os mandatos relevantes e o financiamento estão implementados. As vias específicas para atingir este objetivo irão variar e devem ser determinadas e acordadas a nível regional.
- As organizações globais e os respetivos escritórios regionais respeitam o papel central das organizações regionais e o princípio da subsidiariedade e promovem parcerias equitativas com as mesmas.
- Os doadores alinham o financiamento e a assistência técnica com as prioridades e estratégias regionais.

“

O papel da África em iniciativas globais como o Global Fund and Gavi tem de passar da influência simbólica à influência real e de coarquitectura na governança. Isto garantirá a agência e a verdadeira representação de África, tornando a presença simbólica em paridade real.

”

Diálogo em África
Relatório de resultados

Questões pendentes e compromissos:

- Como devem ser delimitadas as regiões, por exemplo, por geografia política, blocos económicos ou redes funcionais de saúde, tendo em conta a sobreposição de membros e os diferentes níveis de integração?
- Como podem as organizações regionais trabalhar com os seus Estados-Membros na definição de agendas, na supervisão e no financiamento sem duplicar as funções globais ou nacionais, uma vez que as fronteiras operacionais podem continuar a ser contestadas e as organizações globais podem ter relutância em ceder espaço?
- Através de que medidas práticas podem as regiões desenvolver e acordar uma abordagem para disponibilizar bens públicos regionais para a saúde, incluindo a identificação de mecanismos que melhorem a disponibilização?
- Como podem as organizações regionais de saúde, a níveis muito diferentes de desenvolvimento e integração institucionais, estabelecer ligação a uma arquitetura da saúde global coerente e ser responsabilizadas no âmbito da mesma?
- O que implicaria uma descentralização efetiva de funções de organizações globais de saúde, incluindo os seus escritórios regionais? Quais seriam as implicações para as linhas de gestão e comunicação dos escritórios regionais da OMS?
- Como é possível promover eficazmente a aprendizagem mútua entre organizações e redes regionais de saúde quando estas procuram fortalecer capacidades?

1.3. Reequilibrar estruturas e práticas de tomada de decisões

Em todas as regiões, destacaram-se duas prioridades para melhorar a tomada de decisões de saúde global. Estas foram:

- Reequilibrar a representação em conselhos de administração e as práticas governativas para dar mais voz e autoridade aos LMIC.
- Integrar a sociedade civil e outros intervenientes não estatais na governação a todos os níveis.

1.3.1. Reequilibrar a composição e as práticas de conselhos globais de saúde para uma maior eficácia

Verificou-se um consenso geral nos diálogos de que as organizações globais de saúde devem assegurar que os seus conselhos de administração são mais representativos de LMIC, para que a autoridade de tomada de decisões reflita melhor os países que as organizações pretendem servir.

Os diálogos de África e Ásia-Pacífico apelaram a mudanças substanciais que permitam alcançar a paridade na autoridade de tomada de decisões e nas práticas governativas e financiamento da saúde global, indo além da contribuição financeira e refletindo melhor a obrigação, a participação e a responsabilidade na saúde global.

O diálogo na Europa e América do Norte apoiou uma melhor representação dos LMIC em conselhos globais de saúde. Salienta a necessidade de tornar as práticas dos conselhos de administração mais eficazes e coerentes através do esclarecimento dos seus processos de tomada de decisões, assim como do fortalecimento da preparação e do acompanhamento de reuniões dos conselhos de administração, além da garantia de que as organizações apresentam posições coerentes nos diferentes conselhos globais de saúde.

1.3.2. Implementar uma governação inclusiva a todos os níveis

Todas as regiões convergiram na recomendação de institucionalizar a participação sistemática e significativa de intervenientes não estatais, sobretudo da sociedade civil e da comunidade, na gestão da saúde em todas as organizações e níveis, incluindo na tomada de decisões e na supervisão. O diálogo de África apelou especificamente à paridade de género na governação.

Dois ou mais diálogos sublinharam a necessidade de:

- Mecanismos formais de participação em vez de acordos informais para aumentar a transparência e a influência legítima.
- Consistência e ciclos de resposta em vez de consultas ad hoc para evitar medidas meramente simbólicas.
- Participação ao longo de todo o processo de definição de políticas em vez de envolvimento isolado para garantir que as decisões respondem à experiência vivida.
- Institucionalização destes mecanismos aos níveis nacional, regional e global da gestão da saúde.

A sociedade civil, os jovens, o meio académico e os grupos comunitários e de pacientes foram os mais mencionados nos diálogos. Os diálogos do Médio Oriente e Ásia Central e da Europa e América do Norte mencionaram explicitamente o setor privado. As partes interessadas do Médio Oriente e Ásia Central sublinharam ainda a necessidade de participação dos refugiados.

“

Os participantes salientaram que uma representação mais forte da região MECA em fóruns globais é necessária para que as prioridades regionais influenciem o processo global de tomada de decisões.

”

Relatório sobre os resultados do Diálogo com o Médio Oriente e a Ásia Central

Próximos passos propostos:

- Os grupos de reflexão independentes e a sociedade civil analisam as lacunas na atual composição dos conselhos de administração das principais organizações e, em seguida, consultam os governos e os parceiros para propor novos objetivos de representação para LMIC, organizações regionais e a sociedade civil. Esta análise criaria uma base de dados partilhada para fazer avançar discussões coletivas sobre a reforma.
- Os governos autorizam um grupo de trabalho para a reforma dos conselhos globais de saúde, composto por representantes inter-regionais do governo, da sociedade civil, dos financiadores e de outros detentores de assentos em conselhos de administração. O grupo de trabalho analisaria coletivamente as opções de mudança, os compromissos, os constrangimentos legais em estatutos e as interdependências nos principais conselhos globais de saúde, propondo um caminho a seguir para aumentar a transparência, a viabilidade administrativa e a coerência.
- Os governos e as organizações regionais identificam e apoiam defensores da saúde global de LMIC e de pequenos Estados insulares para que se pronunciar e defendam a sua causa em fóruns globais.
- As organizações globais e regionais incorporam ou fortalecem mecanismos formais de participação da sociedade civil a todos os níveis governamentais.
- Os parceiros globais (incluindo fundações e outros financiadores) e os governos disponibilizam recursos à sociedade civil para permitir uma participação significativa na gestão global e regional da saúde.

Questões pendentes e compromissos:

- Que indicadores devem definir a paridade, a representação equitativa e a participação «significativa», e como é possível alcançar um equilíbrio adequado?
- Como equilibrar uma participação mais alargada com a necessidade de uma tomada de decisões eficiente?
- Como é que as expectativas contínuas dos doadores em termos de controlo e supervisão podem ser mais bem compreendidas e integradas em modelos governamentais mais inclusivos e eficazes?
- Como é que as organizações globais de saúde podem lidar com interesses estabelecidos e possíveis constrangimentos legais (por exemplo, em documentos de constituição) para redistribuir assentos em conselhos de administração ou o poder de voto para uma representação mais justa?
- Que medidas e processos práticos, por exemplo, na tomada de decisões e noutros aspetos da governação institucional, podem ser adotados por presidentes de conselhos de administração, o secretariado e detentores de assentos para tornar os conselhos de administração mais eficazes, tanto a nível individual como coletivo?

1.4. Tornar a responsabilização recíproca e consequente

Embora as propostas regionais de reforma dos mecanismos de responsabilização tenham variado em termos de ênfase e profundidade, assistiu-se a um consenso sobre a necessidade de os tornar mais recíprocos e de aumentar a sua credibilidade.

1.4.1. Tornar os mecanismos de responsabilização mais recíprocos

Os diálogos de África e Ásia-Pacífico sublinharam a necessidade de ir além do controlo unidirecional dos países «beneficiários» e de garantir que o desempenho dos doadores em relação às prioridades acordadas também é monitorizado. Esta assimetria deve ser ativamente neutralizada através da introdução ou do fortalecimento de mecanismos que assegurem que todos os intervenientes, quer sejam doadores, organizações de financiamento, governos, executores e outros, sejam mutuamente responsabilizados face aos compromissos acordados. Outras regiões concordaram com o princípio, mas não o discutiram tão especificamente.

1.4.2. Aumentar a credibilidade e as consequências dos mecanismos de responsabilização

Para substituir mecanismos insuficientes existentes, os diálogos concordaram que, para reforçar a responsabilização, são necessárias regras mais claras, maior transparência, sistemas de incentivos mais robustos, assim como consequências significativas em caso de incumprimento. Embora os diálogos tenham concordado que, na ausência de um governo global, a execução formal é muitas vezes irrealista do ponto de vista político, estas medidas são essenciais para tornar os compromissos de saúde global mais credíveis e vinculativos. O Médio Oriente e a Ásia Central sublinharam em específico a necessidade de associar compromissos mútuos claramente articulados entre intervenientes globais, regionais e nacionais a mecanismos práticos que possam funcionar em contextos complexos em termos políticos, expandindo ferramentas como painéis de avaliação públicos, auditorias independentes e financiamento associado ao desempenho.

Próximos passos propostos:

- Os governos, as organizações regionais, a sociedade civil, o meio acadêmico e outros tomam medidas específicas a nível regional para reforçar a responsabilização mútua, por exemplo:
 - África: i) expandir a análise entre países, tirando partido do Mecanismo Africano de Análise pelos Pares (MAAP); ii) desenvolver e operacionalizar mecanismos de análise «externos» para monitorizar os compromissos de partes interessadas globais e a implementação em relação às prioridades acordadas (o Quadro de monitorização e responsabilização da agenda de Lusaca, por exemplo).
 - Ásia-Pacífico: i) estabelecer mecanismos robustos de mapeamento de recursos e monitorização de despesas aos níveis nacional e regional para monitorizar, de forma precisa e dinâmica, a alocação e a execução de recursos financeiros provenientes de todas as fontes (por exemplo, governos, organizações filantrópicas e ajuda); ii) desenvolver e liderar mecanismos paralelos de monitorização e avaliação, por exemplo, uma combinação de autoavaliação, análise pelos pares, avaliação externa independente e participação da comunidade, com indicadores claramente definidos com vista a alcançar a equidade na saúde.
- Os governos e organizações globais e regionais exploram o desenvolvimento de regras mais vinculativas e de incentivos estruturados como condição prévia para futuras parcerias de cooperação regional e global, como acesso preferencial a financiamento conjunto, cooperação técnica ou funções governamentais para intervenientes que demonstrem estar alinhados com as prioridades acordadas e uma comunicação transparente.

Questões pendentes e compromissos:

- Que compromissos externos devem ser monitorizados, por exemplo, financiamento, representação e progresso das reformas, e como podem os indicadores equilibrar a comparabilidade com a relevância local?
- Irão os principais intervenientes, sobretudo doadores soberanos, aceitar constrangimentos mais vinculativos? Em caso negativo, que estruturas de incentivo podem substituir eficazmente?
- Que mecanismos de responsabilização (regras vinculativas, incentivos e transparência) irão alterar efetivamente os comportamentos no atual clima geopolítico e onde podem ser ancorados de forma eficaz?
- Como é que os ensinamentos retirados da utilização atual de ferramentas, como painéis de avaliação públicos ou auditorias independentes, podem contribuir para uma utilização mais eficaz no futuro?

Além das principais reformas governamentais, foram também identificadas uma série de reformas financeiras como essenciais para a evolução eficaz do ecossistema da saúde global.

2. Financiamento

2.1. Fomentar o financiamento interno

Os diálogos regionais concordaram que os países devem liderar no aumento da quantidade e da qualidade do financiamento interno da saúde e gerir transições sustentáveis. Em paralelo, devem também ser ultrapassados os constrangimentos macrofinanceiro.

2.1.1 Aumentar a quantidade e a qualidade do financiamento nacional da saúde, reorientando os sistemas de saúde para os cuidados de saúde primários

Para aumentar a quantidade de financiamento da saúde, dois ou mais diálogos recomendam que os governos aumentem as dotações orçamentais, ampliem a base de receitas públicas e tirem partido do financiamento privado (com salvaguardas do interesse público).

Para aumentar a qualidade do financiamento da saúde, todos os diálogos sublinharam a necessidade de ancorar as reformas financeiras nos CSP, de modo a reduzir a fragmentação na distribuição dos sistemas de saúde, a fortalecer as capacidades institucionais para uma alocação de recursos eficaz e equitativa e, neste contexto, a aumentar as despesas com a prevenção e a promoção da saúde.

Próximos passos propostos:

- Os governos institucionalizam a monitorização de fluxos financeiros para permitir uma comunicação atempada e transparente sobre a mobilização e afetação de recursos internos e reforçam os mecanismos nacionais de responsabilização.
- As organizações regionais monitorizam a execução dos compromissos de financiamento interno e incentivam a responsabilização pelos pares entre Estados-Membros (por exemplo, monitorizando os compromissos da Declaração de Abuja através de indicadores per capita e de mecanismos regionais de análise pelos pares).
- Os governos reorientam as reformas do financiamento nacional para os CSP, integrando programas verticais numa plataforma unificada e dirigindo o investimento interno para os elementos de base dos CSP, incluindo infraestrutura, mão de obra, serviços e medicamentos.
- Os governos, se necessário, com o apoio de parceiros, fortalecem a gestão das finanças públicas, as aquisições estratégicas e as capacidades de avaliação de tecnologias de saúde para melhorar a eficiência e a equidade.

Questões pendentes e compromissos:

- Como podem os países proteger ou alargar a flexibilidade orçamental para a saúde quando as margens orçamentais globais são limitadas e as reafectações correm o risco de excluir outros setores?
- Que capacidades e incentivos políticos são necessários para garantir que mecanismos para a monitorização de compromissos de financiamento interno, como painéis de avaliação e mecanismos de análise pelos pares, são implementados eficazmente e como minimizar o risco de fraude ou de conformidade superficial?

2.1.2. Gerir transições sustentáveis, com os parceiros a desempenharem um papel complementar e alinhado

Todos os diálogos sublinharam a importância de uma transição responsável para sistemas de saúde integrados e financiados a nível interno, com destaque, sobretudo, para as seguintes propostas:

- Expandir os requisitos de cofinanciamento interno na cooperação em matéria de saúde (de vários diálogos).
- Utilizar plataformas de coordenação nacionais, integradas em comités de coordenação existentes do setor da saúde, para desenvolver planos nacionais de investimento na saúde. Estes devem estar alinhados com «um plano nacional» (ver a próxima subsecção 2.2), fazendo o levantamento dos recursos atuais e baseando-se em planos de transição explícitos para o financiamento externo, de modo a traçar vias para o financiamento interno. Poderão ser necessários mandatos alargados dos comités para garantir a inclusão de todos os intervenientes relevantes, incluindo Ministérios das Finanças, setores climáticos e grupos marginalizados (do diálogo da Ásia-Pacífico).

De forma mais abrangente, diversos diálogos¹⁰ sublinharam a necessidade de os planos refletirem que os países se encontram em diferentes fases de transição; em particular, muitos Estados frágeis e afetados por conflitos continuam longe do financiamento interno total e requerem apoio externo sustentado. Além disso, os parceiros, incluindo doadores, têm de assegurar que desempenham um papel complementar que reforce a autossuficiência e trabalhar para ultrapassar os incentivos para manter a dependência.

Próximos passos propostos:

- Os governos reforçam os planos nacionais de investimento na saúde e de transição e integram-nos nos mecanismos existentes de planeamento estratégico e de coordenação do setor da saúde, de modo a estruturar uma mudança coerente de sistemas orientados por doadores para sistemas financiados internamente.
- Os parceiros alinham o financiamento externo com as vias de transição definidas pelo país, assegurando que o apoio é eliminado de forma gradual e coordenada, com os papéis dos parceiros a adaptarem-se ao longo do tempo para reforçar uma mudança coerente para o financiamento interno.
- Organizações normativas, como a OMS, o Banco Mundial, o FMI, grupos de reflexão, o meio académico e outros, trabalham em estreita colaboração com governos e parceiros de financiamento para oferecer orientações sobre a utilização adequada dos diferentes tipos e instrumentos de financiamento de fontes internas e parceiras, para apoiar os planos de transição.

Questões pendentes e compromissos:

- O que se pode aprender com as atuais políticas de transição? Mais especificamente, como é que os países podem garantir que os planos de transição são concebidos e implementados de forma a evitar o aumento das despesas diretas, lacunas nos serviços ou choques orçamentais à medida que o financiamento externo diminui?
- Como é que os parceiros com diferentes mandatos e pressões de saída podem ser responsabilizados por seguirem vias de transição definidas pelo país, de modo que a sua retirada seja gradual, previsível e não perturbe os serviços ou crie choques de financiamento?

2.1.3. Solucionar constrangimentos macrofinanceiros para desbloquear flexibilidade orçamental

Quase todos os diálogos sublinharam explicitamente a necessidade de resolver o problema das dívidas insustentáveis e dos custos de financiamento desiguais, para catalisar o aumento do investimento interno na saúde. África concentrou-se em conversões de dívida, enquanto a América Latina e as Caraíbas destacaram ferramentas para o aumento de crédito (para reduzir os custos dos empréstimos) e alterações aos critérios de graduação, salientando que os critérios atuais classificam alguns países, por exemplo, pequenos Estados insulares em desenvolvimento (PEID), como países de alto rendimento, ignorando as suas vulnerabilidades específicas. A região da Ásia-Pacífico reconheceu as pressões fiscais relacionadas com o clima que também condicionam a viabilidade do financiamento interno da saúde. De modo geral, os diálogos apelaram a uma abordagem mais flexível dos critérios de elegibilidade, orientada por fatores como a vulnerabilidade humanitária e ambiental, a incidência de doenças e o desempenho do setor.



Uma arquitetura da saúde global renovada deve integrar a justiça fiscal, através de alívio de dívidas, empréstimos justos e gestão fiscal equitativa, como uma base para igualdade na saúde.



Relatório sobre os resultados do diálogo com África

Próximos passos propostos:

- Os Ministérios das Finanças e da Saúde trabalham juntos e com organizações intergovernamentais relevantes (como a Comissão Económica da ONU para África) e o Banco Mundial para avaliar, adaptar e, se necessário, implementar em conjunto mecanismos de conversão de dívida, em conformidade com as prioridades nacionais e regionais de saúde. As lições aprendidas e as boas práticas são documentadas, trocadas e valorizadas nas próximas reuniões na primavera.
- Parceiros globais e regionais (como o Banco Mundial e outros) reavaliam a utilização do nível de rendimento como critério principal para o financiamento em condições preferenciais ou para a assistência médica baseada em subvenções.
- Parceiros globais e regionais (por exemplo, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, organizações filantrópicas e outros) colaboram para ampliar as ferramentas para o aumento de crédito, como garantias de empréstimos¹¹, para reduzir os custos de financiamento dos países e mobilizar investimentos adicionais na saúde.

Questões pendentes e compromissos:

- Que mecanismos governamentais são necessários para garantir que os compromissos de conversão de dívida para a saúde se traduzam em aumentos orçamentais reais e sustentados e não em dotações simbólicas ou a curto prazo?
- É possível conceber ferramentas para o aumento de crédito para apoiar o investimento interno a longo prazo sem reforçar a dependência do financiamento externo ou aumentar o risco orçamental?

2.2. Melhorar a qualidade do financiamento internacional

Em conformidade com a Agenda de Lusaca, todas as regiões apelam a um financiamento externo mais alinhado, simplificado e previsível, a par da evolução do papel dos MDB.

2.2.1. Alinhar o apoio com as prioridades nacionais, concretizando o conceito de «um plano, um orçamento, uma MeA» e reforçando os sistemas integrados de CSP

A operacionalização da apropriação dos países foi considerada por todos o princípio organizador central do apoio da saúde global, garantindo que tudo está alinhado com prioridades, estratégias e planos definidos a nível nacional. De acordo com a Agenda de Lusaca, isto significa fazer a transição do apoio de programas verticais, específicos para determinadas doenças e impulsionados pela oferta para sistemas e cuidados de saúde primários liderados a nível nacional¹². Os países devem liderar a conceção, a coordenação e a supervisão do quadro de um plano, um orçamento e uma monitorização e avaliação (MeA), assegurando que estas são credíveis e detidas em conjunto pelos Ministérios da Saúde e das Finanças. Por sua vez, os doadores têm de alinhar o apoio ao quadro de um plano nacional, um orçamento e uma MeA, em vez de fragmentar a programação e a administração da saúde a nível nacional.

Partes interessadas na Europa e América do Norte referem que os esforços de alinhamento são frequentemente paralisados quando os planos nacionais carecem de pormenores ou de evidências. Reconhecem igualmente que os ciclos políticos de doadores bilaterais, as pressões de responsabilização e os constrangimentos administrativos limitam muitas vezes a forma como podem alinhar-se na prática, enquanto as iniciativas de saúde global são limitadas pelos seus próprios ciclos de planeamento e reabastecimento.



O apoio global apenas funciona quando segue as prioridades nacionais, caso contrário, fragmenta os nossos sistemas e desvia a energia daquilo que as pessoas realmente precisam.



Participante no diálogo com o Médio Oriente e a Ásia Central

Próximos passos propostos:

- Os governos estabelecem e executam um quadro robusto de «um plano, um orçamento, uma MeA» para a saúde, detido em conjunto pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, com um conjunto claro de prioridades nacionais de saúde.
- Os governos fortalecem e consolidam as plataformas de coordenação da saúde para alinhar o apoio, aprendendo com mecanismos bem-sucedidos (como, por exemplo, no Ruanda).
- Os parceiros (incluindo doadores multilaterais e bilaterais) respeitam o princípio de «um plano, um orçamento, uma MeA», afastando-se de planos ou acordos paralelos.
- Os parceiros (incluindo doadores multilaterais e bilaterais) adotam uma maior flexibilidade nos ciclos e mecanismos de financiamento para reduzir os encargos administrativos sobre países e projetos.

Questões pendentes e compromissos:

- Qual é o melhor caminho para passar de abordagens verticais para abordagens centradas nos CSP, de modo a assegurar a integração e o fortalecimento do sistema sem comprometer os resultados de doenças, em especial entre grupos marginalizados?
- Como podem os países reforçar a sua soberania da saúde e criar fortes incentivos políticos, operacionais e de reputação para o alinhamento dos doadores, de modo que a adesão às prioridades nacionais se torne o padrão e não uma boa prática opcional?
- Como podem os países e parceiros evitar a proliferação de acordos e condicionalismos específicos de doadores que arriscam comprometer os esforços de alinhamento e coerência?
- Reconhecendo o sucesso limitado de esforços anteriores de alinhamento, como é possível ser ultrapassados os obstáculos à concretização do quadro de «um plano, um orçamento, uma MeA»?

2.2.2. Agregar, integrar e simplificar o financiamento internacional

Em todos os diálogos, as partes interessadas concordaram com a necessidade de expandir os mecanismos de financiamento conjunto e integrado para reduzir a fragmentação e coordenar melhor os investimentos de múltiplos doadores em sistemas de saúde, assim como em bens públicos regionais e globais.

As preferências variam consoante o foco e a ambição. As partes interessadas da Ásia-Pacífico salientaram o financiamento harmonizado com estruturas de coordenação claras e reformas dos mandatos, abrangendo MDB, doadores bilaterais, organizações filantrópicas e intervenientes privados, para alinhar os investimentos em bens públicos regionais e globais. O diálogo da América Latina e as Caraíbas avançou com um mecanismo regional conjunto acolhido por MDB, concebido para tirar partido dos fundos de saúde regional existentes para apoiar os bens públicos e a resposta a emergências (ver também a secção seguinte). As partes interessadas da Europa e América do Norte apoiaram, em princípio, o alargamento do financiamento conjunto, mas colocaram a tónica na harmonização operacional, com divergências quanto à extensão: acordo quanto a medidas «pragmáticas», como harmonização dos ciclos de financiamento e envolvimento a nível nacional, alinhamento dos modelos de atribuição, planos de transição conjunta e esclarecimento da divisão do trabalho entre a Gavi, o Fundo Mundial, o Mecanismo de Financiamento Global e o Banco Mundial, mas não em relação a reformas estruturais, como conselhos de administração partilhados, consolidação ou cláusulas de caducidade. O mesmo se aplica ao financiamento da preparação para pandemias, em que as preferências variaram entre um mecanismo único e uma melhor coordenação entre vários instrumentos.



As partes interessadas da Ásia-Pacífico salientaram o financiamento harmonizado com estruturas de coordenação claras e reformas dos mandatos, abrangendo MDB, doadores bilaterais, organizações filantrópicas e intervenientes privados, para alinhar os investimentos em bens públicos regionais e globais.



Próximos passos propostos:

- Os governos autorizam uma avaliação independente dos papéis e das modalidades de financiamento dos principais mecanismos regionais e globais de financiamento, tanto em termos de apoio aos países como de bens públicos regionais/globais. Esta avaliação iria assinalar os pontos em que as funções de financiamento se sobrepõem e identificar oportunidades e medidas de harmonização, integração e/ou financiamento conjunto.
- Os governos avaliam os resultados desta avaliação e implementam as reformas necessárias, em conformidade com as conclusões.

Estes passos devem estar intimamente ligados à análise dos mandatos das organizações apresentada na secção de governação (ver subsecção 1.1.).

Questões pendentes e compromissos:

- Até onde devem ir os mecanismos de financiamento conjunto e integrado para fomentar a eficiência e a coerência? A harmonização incremental dos ciclos de financiamento e da divisão do trabalho é suficiente, ou será necessária uma consolidação estrutural mais profunda (como conselhos de administração partilhados ou a fusão de funções)?
- Existe algum conflito entre a consolidação dos mecanismos ao nível global e a necessidade de priorizar a apropriação dos países e o alinhamento com as prioridades dos países ao nível nacional? Em caso afirmativo, como é que isto pode ser mitigado?

2.2.3. Estruturar o financiamento para que seja estável e previsível

As partes interessadas de todas as regiões concordam com a necessidade de passar de ciclos de financiamento a curto prazo para um financiamento internacional plurianual previsível que permita aos países planejar eficazmente e fortalecer os seus sistemas, assim como financiar de forma fiável bens públicos globais e regionais, como a preparação para pandemias.

Por exemplo, o diálogo de África considerou que ciclos orçamentais de doadores mais longos e melhor alinhado são essenciais para uma programação nacional eficaz e para a manutenção de abordagens integradas e centradas nos CSP. A Europa e América do Norte reiteraram esta necessidade e reconheceram que os doadores têm de trabalhar para ultrapassar os seus próprios constrangimentos políticos e administrativos que, muitas vezes, limitam a previsibilidade; sublinharam também a importância de um financiamento fiável e coletivo da preparação para pandemias em «tempo de paz», em vez de fundos de emergência compartimentados. As partes interessadas da América Latina e as Caraíbas salientaram a necessidade de o financiamento se tornar mais a longo prazo para apoiar reformas estruturais, em vez de projetos isolados a curto prazo. Do mesmo modo, o diálogo da Ásia-Pacífico apelou a um financiamento da saúde global a longo prazo, enquanto as partes interessadas no Médio Oriente e Ásia Central sublinharam os compromissos plurianuais e a transparência.

Próximos passos propostos:

- Os secretariados dos principais financiadores multilaterais e regionais da saúde (supervisionados e apoiados pelos respetivos conselhos de administração) e os financiadores bilaterais trabalham com governos nacionais e outros intervenientes para reformular os instrumentos de financiamento da saúde, de modo a permitir compromissos plurianuais e centrados nos sistemas, alinhando os ciclos e alargando as janelas de desembolso.

Questões pendentes e compromissos:

- Como é possível ultrapassar os constrangimentos legais, administrativos e políticos, de modo que os financiadores da saúde global reformulem os seus instrumentos para oferecer uma previsibilidade mais estável e plurianual?
- À medida que os países se afastam do apoio externo, como podem os modelos de financiamento equilibrar a necessidade de compromissos externos plurianuais previsíveis com a expectativa de um aumento constante do financiamento interno?

2.2.4. Evoluir e elevar o financiamento dos bancos de desenvolvimento multilateral para a saúde

À medida que o financiamento da saúde global se afasta de programas verticais baseados em subvenções no sentido do fortalecimento dos sistemas a longo prazo, partes interessadas de todas as regiões sublinharam a necessidade de um papel mais importante e estratégico para os MDB regionais e globais. Apesar dos riscos reconhecidos, como o aumento do serviço da dívida e a financeirização, os MDB são cada vez mais considerados como mecanismos adequados para apoiar estratégias nacionais plurianuais a uma escala que doadores tradicionais não conseguem.

As regiões destacaram dimensões distintas. As partes interessadas africanas sublinharam a importância de negociar melhores condições de investimento dos MDB, incluindo investimentos melhorados em serviços sociais através da AID/do BIRD, e de utilizar os MDB para apoiar as discussões relativas à graduação e à cláusula de caducidade. O diálogo da Ásia-Pacífico sublinhou o papel dos MDB na coordenação de estratégias de financiamento e investimentos em bens públicos globais e regionais, assim como na realização rotineira do mapeamento de recursos para a saúde, sobretudo a nível regional. As partes interessadas europeias e norte-americanas consideraram os MDB essenciais para a sustentabilidade, destacando o fortalecimento da GFP e o financiamento em condições preferenciais para os CSP e os sistemas.

Próximos passos propostos:

- Os MDB trabalham com os governos e outros intervenientes para aperfeiçoar os seus mecanismos de financiamento sustentável em condições preferenciais e liderado pelos países, a fim de apoiar cuidados de saúde primários e bens públicos equitativos e eficazes.
- Os governos, MDB, GHI e outros intervenientes exploram pacotes de financiamento pelos MDB liderados pelos países que combinam empréstimos em condições preferenciais com subvenções das GHI e financiamento interno para apoiar transições eficazes.
- Os governos, MDB e outros intervenientes analisam se e de que forma os mecanismos regionais de financiamento conjunto, ancorados nos MDB, para bens públicos transfronteiriços e a preparação poderiam melhorar a previsibilidade, a eficiência e o alinhamento do financiamento com as prioridades regionais.

Questões pendentes e compromissos:

- Como podem os países investir em sistemas de saúde mais fortes sem aumentar excessivamente compromissos com o serviço da dívida e onde deve ser traçada a linha entre empréstimos em condições preferenciais e financiamento baseado em subvenções, sobretudo tendo em conta as diferentes capacidades orçamentais dos países?
- Como podem os MDB aumentar o financiamento e, ao mesmo tempo, atenuar os riscos de financeirização, como a reformulação de programas nacionais de saúde para projetos financiáveis à custa de sistemas de saúde pública essenciais e equitativos?
- Como podem os países utilizar o financiamento misto, por exemplo, subvenções de GHI combinadas com empréstimos de MDB e financiamento interno, de forma a reforçar a apropriação dos países e apoiar reformas integradas e longo prazo dos sistemas de saúde?

2.3. Criar mecanismos de financiamento regional

Os participantes no diálogo propuseram o reforço dos mecanismos de financiamento regional para apoiar bens públicos regionais e os países. Em conformidade com o princípio da subsidiariedade¹³, espera-se que o posicionamento das funções de financiamento ao nível regional melhore a autossuficiência e a apropriação soberana, assegure a proximidade das necessidades contextuais e facilite uma ação atempada. Entretanto, isto poderia também manter uma escala suficiente para gerar eficiências, promover a solidariedade e apoiar investimentos regionais em bens públicos, além da capacidade dos Estados individuais.

2.3.1. Agregar e coordenar fontes diversas de financiamento regional

A abordagem comum consiste em agregar múltiplas fontes e fluxos de financiamento, ou seja, orçamentos públicos nacionais, bancos regionais de desenvolvimento multilateral, organizações filantrópicas, comunidade emigrante, doadores bilaterais e (se for o caso) capital privado, em mecanismos de financiamento conjunto que possam coordenar os investimentos regionais na saúde. Isto serve para criar uma base de recursos partilhada, harmonizar os fluxos de financiamento e promover a eficiência, permitindo um investimento coerente em bens públicos regionais e um apoio solidário aos países.

Neste contexto, as regiões deram ênfase a questões diferentes: o diálogo de África destacou a mobilização de recursos de tesourarias nacionais, organizações filantrópicas e comunidade emigrante para fundos ligados às Comunidades Económicas Regionais (CER) ou à União Africana (UA), de modo a reduzir a fragmentação e a fortalecer a preparação e a resposta. Os participantes no diálogo da Ásia-Pacífico sublinharam a importância de coordenar fluxos dos MDB, bilaterais e filantrópicos para apoiar bens públicos regionais, garantindo, ao mesmo tempo, que esta coordenação não se sobrepõe às funções de definição de prioridades ou de implementação. As partes interessadas europeias e norte-americanas apoiaram mecanismos de financiamento regional para a aquisição conjunta e compromissos avançados do mercado, alinhados com normas globais. O diálogo da América Latina e as Caraíbas propôs o estabelecimento de um Fundo Regional de Solidariedade para a Saúde, um mecanismo de financiamento catalisador conjunto, acolhido por um banco de desenvolvimento multilateral e gerido pelos países, para coordenar e impulsionar fundos de saúde regional.

Capitalizado através de impostos relacionados com a saúde e de excedentes multilaterais redirecionados, o fundo aumentaria a eficiência ao agregar recursos de múltiplos doadores, ao reduzir os custos administrativos e ao repartir os riscos financeiros, assim como ao apoiar a solidariedade regional através da atribuição de fundos para onde são mais necessários, sobretudo, uma vez que muitos países já não se qualificam para a ajuda tradicional. Entretanto, os participantes no Médio Oriente e Ásia Central defenderam a criação de fluxos de coinvestimento previsíveis e enraizados a nível regional, apoiados por uma monitorização partilhada para coordenar o financiamento dos CSP e dos bens públicos regionais.

2.3.2. Incorporar princípios partilhados para um financiamento regional eficaz

As características comuns de mecanismos eficazes de financiamento regional da saúde destacadas em dois ou mais diálogos incluem:

- **Liderados por governos e detidos a nível regional:** os mecanismos são responsáveis perante os governos e colocam a autoridade de tomada de decisões firmemente nas mãos de países da região, assegurando o controlo soberano e a legitimidade política.
- **Transparência:** quadros de monitorização partilhados e o mapeamento rotineiro dos recursos garantem uma monitorização clara e previsível das contribuições, das dotações e do desempenho, fortalecendo a confiança e a responsabilização em toda a região.
- **Eficiência através da agregação coordenada** (ver acima)
- **A solidariedade como princípio orientador:** com a diminuição ou a ausência da ajuda tradicional para muitos países, a atribuição de recursos deve garantir que estes são canalizados para onde as necessidades regionais são maiores.
- **Coinvestimento para objetivos comuns:** os mecanismos têm de incentivar o investimento coletivo dos países, utilizando mecanismos que galvanizem as contribuições e estabeleçam compromissos para com as prioridades regionais.
- **Aproveitar e integrar organizações existentes:** tirar partido das estruturas regionais ou multilaterais existentes para evitar a duplicação e maximizar a capacidade institucional. Isto pode significar ser acolhido por um MDB, reforçar um fundo continental (por exemplo, o Africa Epidemic Fund) ou trabalhar através de organizações sub-regionais.

Próximos passos propostos:

- Em África, governos e organizações regionais alinham-se para aumentar o financiamento conjunto para a resposta a emergência através do Fundo Africano para as Epidemias.
- Na América Latina e as Caraíbas, governos, grupos de reflexão, o meio académico e outros intervenientes sub-regionais e regionais trabalham com um MDB selecionado para explorar a conceção de um Fundo Regional de Solidariedade para a Saúde, incluindo o seu conselho de administração, o modelo de capitalização e os potenciais instrumentos de financiamento.
- Na Ásia-Pacífico, grupos de reflexão e o meio académico trabalham com governos, parceiros e organizações regionais para estabelecer uma função de mapeamento rotineiro de recursos multisetoriais, alinhada com estratégias regionais de saúde, para informar a evolução dos mecanismos regionais de financiamento conjunto.
- Organizações e parceiros regionais trabalham em conjunto para estabelecer uma troca estruturada e inter-regional de conhecimentos sobre mecanismos de financiamento regional da saúde, incluindo modelos governativos e combinações de receitas, acolhidos por uma plataforma neutra ou um MDB.

Questões pendentes e compromissos:

- Que incentivos poderão persuadir os governos a aderir a um mecanismo de financiamento regional da saúde e como podem as regiões gerir o risco de os países se retraírem se os benefícios a curto prazo parecerem incertos?
- Como é possível equilibrar a apropriação regional e um forte controlo soberano com a necessidade de interoperabilidade com fundos globais e MDB e o compromisso com os parceiros externos?

Além das prioridades comuns para a evolução da gestão e do financiamento da saúde, os diálogos abordaram reformas essenciais em matéria de dados, conhecimentos, e desenvolvimento e abastecimento de produtos.

3. Dados, conhecimentos e produtos

3.1. Aumentar os sistemas regionais de dados e conhecimentos

As regiões concordaram com a necessidade urgente de reforçar sistemas de dados e conhecimentos de saúde interoperáveis e geridos a nível regional, apoiados por uma infraestrutura digital sólida, uma gestão clara dos dados e uma troca estruturada de conhecimentos, para permitir evidências fiáveis e uma cooperação mais forte.

3.1.2. Estabelecer ou reforçar sistemas e plataformas regionais de dados digitais, com ampla interoperabilidade

As prioridades comuns incluem o estabelecimento de sistemas de dados geridos a nível regional que garantam a soberania dos dados nacionais, assegurando que os países continuam a ser as principais autoridades em termos de recolha, armazenamento e partilha. Em particular, o diálogo com África salientou a necessidade de assegurar condicionalismos de partilha de benefícios e benefícios (de vários tipos, como transferência de tecnologias) através do sistema de acesso a patógenos e partilha de benefícios (PABS).

Os diálogos salientaram igualmente a necessidade de criar uma infraestrutura digital unificada e interoperável para dados sobre os resultados em saúde humana, o financiamento da saúde e o desempenho dos programas, assim como a vigilância de doenças. Esta deve estar enraizada em organizações regionais de confiança que permitam a agregação de dados de diversos sistemas e criem centros de dados regionais que implementem normas harmonizadas e possibilitem análises em tempo real em todos os países. Estas últimas devem ser apoiadas por painéis digitais para garantir a transparência e a eficácia da tomada de decisões. Os participantes nos diálogos de África analisaram o papel que a IA poderia desempenhar, considerando-a uma «coluna vertebral» para novas infraestruturas digitais de saúde para estimular a eficiência operacional, cortar custos e aumentar a produtividade.

Exemplos específicos incluem:

- Um quadro africano de gestão de dados de saúde para reforçar a partilha e os sistemas de dados. Este quadro garantiria que os dados sobre saúde africanos são conservados, geridos e utilizados dentro do continente para proteger a soberania nacional e permitir a monetização através de valor acrescentado (por exemplo, ensaios clínicos).
- Um Repositório de Dados de Saúde da ASEAN para permitir aos países do Sudeste Asiático comparar os investimentos nos sistemas de saúde e identificar boas práticas em modelos de financiamento sustentável. Os repositórios seriam propriedade dos países, com alojamento sub-regional facilitado por fóruns nacionais de várias partes interessadas, distribuindo assim o encargo administrativo e reforçando o papel da coordenação sub-regional ao serviço das prioridades nacionais.

3.1.3. Institucionalizar mecanismos estruturados de troca de conhecimentos

Para desbloquear ainda mais a troca de conhecimentos entre os pares e a cooperação técnica nas regiões, os diálogos propuseram mecanismos de intercâmbio mais sistemáticos, enraizados na gestão regional e apoiados por ferramentas digitais.

Por exemplo, o Centro de Inovação da LAC, proposto no âmbito do diálogo da América Latina e as Caraíbas, teria por base as capacidades consideráveis que já existem nos países da região, capacidades que são frequentemente subutilizadas ou insuficientemente reconhecidas por outros. Através de convocatórias anuais para propostas, do estabelecimento de prioridades regionais e do aproveitamento e alargamento das capacidades existentes através de trocas estruturadas entre países, o Centro abordaria as barreiras que comprometem atualmente a cooperação técnica Sul-Sul. Na Ásia-Pacífico, isto pode ser possibilitado através de centros de conhecimento regionais e sub-regionais, para recolher evidências sobre boas práticas com vista à aprendizagem intersectorial e entre países, tirando partido de organizações existentes, como a OMS, o Fundo Global, o Banco Mundial, o BAD, a ASEAN e organizações académicas.

Próximos passos propostos:

- Em toda a América Latina e as Caraíbas, os governos interessados lançam discussões preliminares com a OPAS e outros parceiros para conceber em conjunto o Centro de Inovação da LAC, e estabelecer um Comité Regional e um grupo de trabalho ad hoc para definir prioridades.
- Em toda a região de África, governos e parceiros regionais desenvolvem um sistema africano de informação de dados, apoiado no Africa CDC como uma Infraestrutura Pública Digital (IPD) (bem público) para países africanos.
- No Médio Oriente e Ásia Central, governos e parceiros regionais estabelecem um centro regional de dados de saúde para permitir a partilha transfronteiriça de dados e a análise avançada, reforçam organismos regionais existentes para coordenar a vigilância, redes laboratoriais e a preparação transfronteiriça, e estabelecem plataformas regionais de partilha de conhecimentos que apoiem a investigação, a monitorização e a criação de capacidades conjuntas.

Questões pendentes e compromissos:

- Como é possível conciliar o controlo nacional rigoroso dos dados de saúde com a necessidade de uma troca rápida e transfronteiriça de dados durante emergências?
- Como é possível assegurar a coerência dentro de e entre regiões para garantir que sistemas regionais fortes estão também alinhados a nível global?
- Como podem as ferramentas digitais e as políticas de acesso livre melhorar a utilização dos conhecimentos sem comprometer a proteção de dados e a propriedade intelectual?

3.2. Moldar mercados, agregar aquisições e distribuir a produção

Foi consensual em todas as regiões que os mercados de saúde têm de ser moldados de forma proativa para garantir um acesso equitativo, mais resiliência e maior soberania regional. Tal deverá incluir a aquisição conjunta, assim como a produção distribuída e mais bem regulamentada e processos regulamentares harmonizados. Isto foi também considerado como uma oportunidade para criar vantagens económicas, ao estimular a inovação, o crescimento, o desenvolvimento industrial e a produtividade, alinhando, deste modo, os objetivos de saúde e económicos num quadro partilhado.

3.2.2. Moldar mercados através da aquisição conjunta e de condicionalismos progressivos

Os diálogos apontaram sistematicamente para a aquisição conjunta, negociações de preços e requisitos normalizados dos produtos como ferramentas essenciais para baixar os preços, garantir a fiabilidade do abastecimento e expandir o acesso, sobretudo para países com um poder de negociação limitado.

As regiões demonstraram diferentes pontos de partida e perspetivas para avançar com isto aos níveis regional e global. Partes interessadas da América Latina e as Caraíbas salientaram o impacto positivo do Fundo Rotativo da OPAS em toda a região, mas apelam à sua modernização e expansão. O diálogo africano recomendou a operacionalização da aquisição conjunta em todo o continente, através do mapeamento das capacidades existentes, e a implementação da aquisição conjunta em toda a UA, através do mapeamento das capacidades existentes, e a implementação de abordagens mandatadas pela UA para uma procura previsível.

O diálogo da Ásia-Pacífico recomendou o alinhamento da aquisição conjunta (primeiro a um nível sub-regional, como o Pacífico ou a ASEAN) com as reformas financeiras e os planos de transição. Partes interessadas do Médio Oriente e Ásia Central propuseram coordenar a aquisição, a constituição de reservas e a logística a nível regional, de modo a normalizar as aquisições e garantir um acesso rápido a bens essenciais em todos os países, incluindo em contextos frágeis. O diálogo da Europa e América do Norte sublinhou a necessidade de manter a interoperabilidade global e normas partilhadas para evitar mercados e acesso fragmentados. Os participantes sugeriram harmonizar os crescentes mecanismos regionais, fortalecendo, ao mesmo tempo, mecanismos globais, incluindo aquisição conjunta, compromissos avançados do mercado e cláusulas de acesso equitativo antecipado em parcerias de I&D.

“
O diálogo da Europa e América do Norte sublinhou a necessidade de manter a interoperabilidade global e normas partilhadas para evitar mercados e acesso fragmentados.
”

3.2.3. Fortalecer capacidades de produção distribuídas, tirando partido dos quadros regionais

As regiões convergiram na necessidade de aumentar a capacidade de produção local e regional, reforçar as cadeias de abastecimento e harmonizar os processos regulamentares. Muitos consideraram a expansão da produção como essencial para garantir um acesso atempado durante crises e para reduzir a dependência de mercados externos.

Neste contexto, surgem diferentes motivações e orientações. Partes interessadas do Médio Oriente e Ásia Central concentraram-se na construção de centros regionais de produção e logística, apoiados por parcerias público-privadas (PPP), e na modernização digital da cadeia de abastecimento. Participantes da região de África destacaram a agenda mais abrangente: investimento na produção local e em I&D; harmonização regulamentar no âmbito da Agência Africana de Medicamentos (AAM); fortalecimento da cadeia de abastecimento na Zona de Comércio Livre Continental Africana (ZCLCA); criar capacidades de licenciamento obrigatório; e promoção de uma indústria autossuficiente, capaz de servir os mercados regionais e globais.

O diálogo da América Latina e as Caraíbas propôs o aprofundamento de modelos de produção conjunta, a integração da cadeia de abastecimento regional e a utilização de mecanismos de risco para financiar inovações na saúde. O diálogo da Europa e América do Norte sublinhou o alinhamento das iniciativas de produção com quadros globais, aperfeiçoando processos globais de I&D para melhor refletir as prioridades dos países.



A África está a dizer: não queremos apenas que as vacinas nos sejam fornecidas, queremos ter capacidade própria para as produzir... O mundo tem de se ajustar a esta nova realidade.



Participante no diálogo com África

Próximos passos propostos:

- Governos e organizações regionais avançam com planos específicos a nível regional para expandir a aquisição conjunta.
- Organizações regionais partilham ensinamentos e boas práticas de aquisição conjunta entre regiões, por exemplo, com base no Fundo Rotativo da OPAS e noutros modelos bem-sucedidos, e exploram oportunidades conjuntas.
- Governos e organizações regionais promovem a harmonização regulamentar para apoiar a produção regional de dimensão adaptável. Isto pode incluir a aceleração das respetivas organizações (por exemplo, a implementação da AAM), o estabelecimento de acordos de reconhecimento mútuo e o alinhamento das normas de produtos e das vias de licenciamento, de modo que os produtos fabricados a nível regional possam atravessar fronteiras de forma eficiente.

Questões pendentes e compromissos:

- Como devem ser equilibrados os papéis de aquisição global e regional para que as regiões possam atuar mais rapidamente sem fragmentar as normas ou perder as vantagens de escala dos mecanismos globais?
- Que instrumentos para moldar o mercado poderiam ser aplicados de forma mais sistemática, incluindo na conceção de PPP, para maximizar os retornos para a saúde pública?
- Como podem os quadros regionais de produção desbloquear a saúde partilhada e valor económico, através de uma regulamentação alinhada e da integração da cadeia de abastecimento, assegurando, ao mesmo tempo, que todos os países, incluindo Estados mais pequenos ou em situação de fragilidade, beneficiam de forma equitativa?
- Como podem organizações nacionais e regionais estabelecer parcerias com fabricantes e outros intervenientes (do setor privado) para ultrapassar obstáculos no atual panorama industrial e criar sistemas de produção eficazes?

Caminho a seguir

1. Facilitadores

Fazer avançar estas reformas não será fácil.

Embora os diálogos regionais tenham procurado obter consensos e identificar os próximos passos específicos, a definição de «como» concretizar as reformas, sobretudo a nível global, continua a ser um desafio.

Foi também amplamente reconhecido que muitas das reformas identificadas, que incluem a implementação de novas formas de trabalho, reafectações de poder e a alteração de narrativas fundamentais sobre o que é a saúde global e quem pode tomar decisões, encontrarão resistência, sendo possível que os esforços de reforma sejam bloqueados ou cooptados por estruturas estabelecidas. Na realidade, a própria viragem para a regionalização reflete a dificuldade em concretizar reformas a nível global.

Além disso, diversas tendências no contexto económico e político global em rápida mudança podem também condicionar a implementação de reformas. Tal como foi referido no diálogo da América Latina e as Caraíbas, a «a crise de saúde global reflete uma quebra mais ampla em matéria de geopolítica e cooperação internacional». Os esforços de reforma enfrentam agora um cenário fragmentado no qual o poder se dispersa por mais intervenientes, a polarização ideológica se aprofunda e modelos de ordem concorrentes e o crescente populismo nacionalista enfraquecem o consenso e a ação conjunta. É pouco provável que os cortes no financiamento da saúde global sejam invertidos a curto prazo e os acordos multilaterais estão frequentemente a dar lugar a abordagens bilaterais transacionais.

Esta avaliação deve ser considerada realista e não pessimista. Para serem bem-sucedidas neste contexto, as reformas devem ser conduzidas de forma proativa, num ambiente geopolítico em rápida mudança. Uma transformação genuína exigirá pressões externas e abordagens novas e mais eficazes que tornem inevitável uma mudança radical a longo prazo.

Os diálogos identificaram os seguintes facilitadores como suscetíveis de desempenhar um papel essencial:

1. Liderança dos LMIC e regiões

Os países e regiões mais próximos da implementação têm de estar no centro da reforma, com países de alto rendimento e organizações globais a atuarem como facilitadores, apoiando agendas de reforma lideradas pelos países a nível regional. A reforma do ecossistema da saúde global terá de ser acompanhada por uma ação conjunta para promover a cooperação aos níveis regional e nacional, o que apenas será possível se os países e grupos de partes interessadas de todas as regiões do mundo participarem ativamente e liderarem as discussões sobre a reforma.

2. Alinhamento político e técnico

A adoção de reformas exigirá uma interface eficaz entre propostas de ambiciosas reforma técnicas fundamentadas por especialistas e mecanismos para a tomada de decisões políticas. Tais mecanismos devem envolver ministros influentes de dentro e fora dos setores da saúde e do desenvolvimento, assegurando a autoridade política de alto nível de ministros das finanças e chefes de estado/governo, juntamente com outros líderes regionais e globais. As coligações devem mobilizar defensores políticos e utilizar os momentos e processos políticos regionais e globais, como as Cimeiras da UA, as Cúpulas das Américas, as reuniões da ASEAN, a Liga Árabe, o G20, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) e a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), para promover a tomada de decisões e a responsabilização a alto nível em torno de propostas tecnicamente sólidas. Os presidentes e membros dos conselhos de administração de organizações globais e regionais de saúde terão também de ser assertivos para garantir a coerência entre declarações de alto nível e a tomada de decisões estratégicas e operacionais.

3. Coligações dinâmicas para a reforma

Coligações impactantes e ágeis serão essenciais para o progresso. Coligações regionais, como a Coligação para a Reforma da Saúde Global na Ásia-Pacífico, proposta pelo diálogo regional da Ásia-Pacífico, têm o potencial para disponibilizar plataformas vitais de reunião de várias partes interessadas para a definição conjunta de prioridades e a testagem de reformas a nível regional. Além disso, alianças entre blocos regionais, por exemplo, para exercer influência conjunta em fóruns globais, como o G20, serão fundamentais para fazer avançar a agenda de reforma. Também deverão ser exploradas oportunidades políticas para reunir chefes de estado de LMIC com os de países doadores tradicionais. Ao longo de todo o processo, todos os intervenientes têm de trabalhar em conjunto para assegurar um alinhamento de iniciativas de reforma em curso e emergentes, como a Agenda de Lusaca, a Reposição de Acra, a Plataforma de Ação de Sevilha, a HEAR CSO e o processo emergente convocado pela OMS, assim como o processo mais amplo da UN80, de modo a garantir que a dinâmica técnica e política da reforma não é fragmentada.

4. Progresso rápido e pragmático

A reforma é um processo cíclico e não um avanço único. Conquistas rápidas serão essenciais para criar dinâmica e confiança. Apesar das questões pendentes, as reformas devem ser iniciadas de forma gradual, em vez de se esperar por uma total clareza e consenso. Reformas prioritárias em matéria de governação e financiamento e outras áreas essenciais devem ser colocadas em prática através de acordos pragmáticos entre diversos intervenientes, com base em benefícios claros e partilhados para a cooperação. Reuniões regionais e globais de saúde devem ser utilizadas para partilhar os resultados preliminares das reformas, criar coligações e manter o compromisso.

“
A reforma é um processo
cíclico e não um avanço
único. Conquistas rápidas
serão essenciais para criar
dinâmica e confiança.

2. Apelo à ação

A secção IV destaca os próximos passos essenciais necessários para garantir a reforma do ecossistema da saúde global em áreas temáticas críticas. A sua operacionalização exigirá um esforço coletivo, pelo que esta secção resume as principais ações necessárias em todos os grupos de partes interessadas, conforme salientado pelos diálogos regionais. Estas não pretendem ser exaustivas e outros intervenientes, como organizações filantrópicas e o setor privado, terão também um papel fundamental a desempenhar.

1. Governos: Estabelecer e executar uma direção comum para a reforma, fortalecer e alinhar o financiamento em torno de um plano e permitir a descentralização nos casos em que esta represente um valor acrescentado.

- Continuar a fazer avançar o progresso quanto aos compromissos da Agenda de Lusaca, incluindo:
 - [Governos dos LMIC] Mobilizar novos fundos para a transição para o financiamento interno de sistemas de saúde e reorientar a prestação para os CSP.
 - [Governos dos LMIC] Institucionalizar o conceito de «um plano, um orçamento, uma MeA», detido em conjunto pelos Ministérios da Saúde e das Finanças; reforçar plataformas de coordenação de doadores.
 - [Governos doadores] Operacionalizar o conceito de «um plano, um orçamento, uma MeA». Reformular instrumentos de financiamento bilateral e adotar ciclos e mecanismos mais flexíveis para reduzir os encargos administrativos sobre os países e permitir compromissos plurianuais centrados nos sistemas, com ciclos alinhados e janelas de desembolso mais alargadas.
- [Todos os governos] Reconhecer o papel vital dos diferentes intervenientes, incluindo a sociedade civil e as comunidades, na gestão da saúde e oferecer mecanismos de participação efetiva aos níveis nacional, regional e global.
 - [Todos os governos] Autorizar avaliações independentes e estabelecer mecanismos de tomada de decisões calendarizados e baseados em evidências, a fim de:
 - Acordar medidas para simplificar funções, mandatos e modalidades de financiamento de organizações globais e entre organizações globais e regionais (incluindo instituições regionais e globais de financiamento).

- Acordar um roteiro para a devolução previsível e faseada de mandatos, direitos de decisão e recursos adequados a organizações regionais.
- Considerar opções de mudança, constrangimentos legais e compromissos para melhorar a representação em conselhos de administração e as práticas nos principais conselhos de administração da saúde global, assim como propor um caminho a seguir.

2. Organizações regionais: assumir funções claras, criar sistemas partilhados e harmonizar os mercados.

- Trabalhar em conjunto e com os governos para:
 - Identificar e acordar que instituições regionais lideram quais funções essenciais de saúde e garantir a autoridade de tomada de decisões e o financiamento estável necessários para a sua realização (incluindo mecanismos de financiamento regional, como MDB e outros).
 - Criar plataformas regionais de dados e evidências para permitir a partilha e a análise transfronteiriça ao serviço de estratégias regionais.
 - Expandir a aquisição conjunta, com base em modelos comprovados (por exemplo, o Fundo Rotativo da OPAS) e partilhar os ensinamentos entre regiões para melhorar a previsibilidade e a relação custo-benefício.
 - Aumentar a produção conjunta de produtos de saúde através do avanço da harmonização regulamentar e de outras medidas.

3. Organizações globais: simplificar, apoiar intervenientes regionais, alinhar-se com os planos nacionais e estabelecer instrumentos de financiamento.

- [Todos] Respeitar as organizações regionais e permitir a subsidiariedade de forma proativa: estabelecer parcerias equitativas, alinhar a assistência técnica e o financiamento com as estratégias regionais e ceder espaço para a descentralização de funções; reforçar a responsabilização e a coordenação com organizações regionais.
- [Organizações globais de saúde] Em conformidade com a Agenda de Lusaca, adotar ciclos de financiamento e fundos conjuntos a longo prazo mais flexíveis para reduzir os encargos administrativos sobre os países e operacionalizar o conceito de «um plano, um orçamento, uma MeA».

- [Organizações globais de saúde] Trabalhar em conjunto e com os governos para simplificar mandatos e acordos de organizações (ver acima).
- [MDB] Trabalhar com governos e parceiros para analisar e simplificar as modalidades de financiamento, e aperfeiçoar e expandir instrumentos de financiamento a longo prazo em condições preferenciais e concentrados nos sistemas, que complementem os recursos nacionais e outros recursos (incluindo subvenções de GHI), sob a liderança clara dos países, sem exacerbar a financeirização ou dívidas insustentáveis.
- [Instituições financeiras internacionais] Solucionar os constrangimentos desiguais à flexibilidade orçamental, incluindo reconsiderar os critérios de elegibilidade baseados no nível de rendimento, que não têm em conta vulnerabilidades críticas (como se verifica nos PEID, por exemplo), e trabalhar com governos, organizações filantrópicas e MDB regionais para ampliar as ferramentas catalisadoras para o aumento de crédito (por exemplo, garantias de empréstimos) para reduzir os custos de financiamento.

4. Sociedade civil, grupos de reflexão e universidades: fortalecer a sua voz, as evidências e a responsabilização.

- [Sociedade civil] Defender e exercer uma participação significativa na gestão da saúde a todos os níveis, promovendo a transparência e a responsabilização com vista a resultados e processos equitativos.
- [Todos] Trabalhar com governos e outras entidades para propor objetivos de representação de LMIC/regiões baseados em evidências e mecanismos de participação equitativa em conselhos globais de saúde.
- [Grupos de reflexão e meio académico] Fornecer análises e reflexões que possam informar os governos e organizações globais de saúde a desenvolverem em conjunto orientações claras sobre instrumentos de financiamento para transições, a fim de adequar as fontes internas/parceiras (incluindo MDB e organizações filantrópicas) às necessidades de financiamento.
- [Todos] Utilizar o mapeamento de fluxos de financiamento da saúde para responsabilizar os intervenientes e moldar a evolução de mecanismos de financiamento eficazes e equitativos aos níveis nacional, regional e global.

3. Principais questões para avançar

Tal como acima referido, o trabalho conjunto para fazer avançar a reforma da saúde global tem de começar agora. No entanto, apesar de não devermos deixar que questões pendentes nos dissuadam de tomar medidas, temos também de ser claros quanto às áreas nas quais são necessárias análises e deliberações mais aprofundadas para garantir um caminho claro e unificado.

Na secção IV, foram destacadas questões pendentes específicas para cada área de reforma. No seu todo, estas apontam igualmente para um conjunto mais vasto de questões subjacentes que exigem uma análise adicional urgente:

1. Existe consenso quanto a uma visão do ecossistema da saúde global que englobe coordenação internacional, assistência externa e disponibilização de bens públicos regionais e globais, de modo a melhorar os resultados em saúde e gerar valor coletivo para todos?
2. As funções definidas na secção III captam adequadamente as funções essenciais de um ecossistema da saúde global reformulado? Existe acordo quanto ao equilíbrio de funções proposto aos níveis regional e global?
3. Em cada nível, onde deve residir a responsabilidade por cada uma destas diferentes funções? Como é possível esclarecer os mandatos das organizações e, se necessário, fortalecer as capacidades institucionais, de modo a garantir um ecossistema simplificado, coerente e eficaz?
4. Que outras informações, por exemplo, sobre os custos de oportunidade ou compromissos para diferentes cenários de reforma, são necessárias para informar a priorização e a sequenciação das reformas?
5. Que decisões têm de ser tomadas, onde, e por quem, para concretizar reformas essenciais? Como podem ser utilizados diferentes processos e fóruns a diferentes níveis para promover a mudança?
6. Que ações são necessárias por parte dos diferentes grupos de partes interessadas para fomentar o progresso? Como é possível aperfeiçoar, fortalecer e colocar em prática o apelo à ação supracitado?

Será fundamental que as próximas discussões sobre a reforma da saúde regional e global se concentrem na resolução progressiva destas questões.

4. Conclusão

Uma mudança substancial na saúde global é inevitável. Não se trata de saber se o sistema irá mudar. É uma questão de saber quando, em que direção e quem moldará este futuro sistema. Isto exige reflexão e ação coletivas. Complementando outras iniciativas aos níveis regional e global, este artigo oferece um contributo para responder a estas questões.

Governos e organizações não governamentais de mais de 114 países fizeram ouvir a sua voz numa deliberação exaustiva e sistemática. Debateram como deveria ser o futuro sistema e como atingir esse objetivo. Para beneficiar da inteligência coletiva de todo o mundo e garantir que todos os países e regiões, sobretudo os LMIC, têm uma voz forte na definição do caminho a seguir, estas discussões decorreram em simultâneo na América Latina e as Caraíbas, em África, na Europa e América do Norte, no Médio Oriente e Ásia Central e na Ásia-Pacífico. Participantes especializados e diversificados, provenientes de e baseados nestas regiões, avaliaram cuidadosamente as prioridades de reforma e uniram-se em torno das mesmas.

Coletivamente, estes diálogos definiram claramente os próximos passos, centrados na transferência do poder e da tomada de decisões do nível global para os países e regiões, de modo a criar um ecossistema da saúde global mais responsivo e equitativo, que seja descentralizado, mas interligado. Destacam também uma série de questões pendentes críticas. A resolução destas questões e o sucesso de iniciativas mais amplas de reforma da saúde global em curso dependem agora do trabalho conjunto e do aproveitamento de conhecimentos partilhados, com todas as regiões envolvidas de forma significativa como coarquitetas. A reforma do ecossistema da saúde global exige um esforço coerente e alinhado entre regiões e grupos de partes interessadas para aproveitar a atual janela de oportunidade e criar um ecossistema da saúde global que possa responder às necessidades de saúde de hoje e de amanhã.

“
Não se trata de saber se o sistema irá mudar. É uma questão de saber quando, em que direção e quem moldará este futuro sistema.
”

Notas finais

1. [Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report.](#)
2. Muitas vezes, entende-se que estas implicam sistemas, estruturas, instituições, regras e processos que coletivamente orientam, coordenam, financiam e implementam esforços para melhorar os resultados em saúde a nível global, incluindo instituições e mecanismos globais e regionais multilaterais e plurilaterais, assim como parcerias bilaterais e outros.
3. Estes diálogos foram precedidos por [cinco propostas provocatórias para uma arquitetura reformulada da saúde global](#) de líderes de pensamento individuais, utilizadas juntamente com muitos outros contributos, para lançar o debate.
4. [Diálogo da América Latina e as Caraíbas sobre reformar a arquitetura da saúde global: documento de resultados do diálogo](#)
5. [Reimagining Global Health Reform in the Asia Pacific: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned. Relatório final.](#)
6. [Diálogo regional africano sobre a reforma da arquitetura da saúde global. Artigo de resultados](#)
7. [Reformar a arquitetura da saúde global. Prioridades e perspetivas do diálogo regional da Europa e da América do Norte](#)
8. [Diálogo regional no Médio Oriente e Ásia Central sobre a reforma da saúde global](#)
9. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
10. Esta questão foi referida, sobretudo, nos diálogos do Médio Oriente e Ásia Central, assim como da Europa e América do Norte.
11. As garantias de empréstimos são capitais catalíticos ou concessionais destinados a partilhar o risco do investimento através do crédito e a atrair capital adicional.
(<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/164f0203d738919baef24f0a1a2fb788-0140022024/original/Development-Bank-Working-Group-Joint-Roadmap-JUNE-12-2024-FINAL.pdf>)
12. Este aspeto é destacado, em especial, nos diálogos de África, da Europa e América do Norte, assim como do Médio Oriente e Ásia Central.
13. O diálogo da Europa e América do Norte manifestou um apoio geral à subsidiariedade, à abertura a uma maior regionalização e ao aproveitamento dos bancos de desenvolvimento regional e de outros mecanismos de financiamento. No entanto, a região não discutiu detalhadamente mecanismos específicos de financiamento regional.
14. Pode obter mais informações sobre o projeto «Health Architecture Reimagined Civil Society Organisations» (Organizações da sociedade civil para uma arquitetura da saúde reformulada) aqui: <https://hearcs.org/>

Parceiros

África:



Ásia-Pacífico:



Saw Swee Hock
School of Public Health



Europa e América do Norte:



América Latina e as Caraíbas:



THE UNIVERSITY OF THE WEST INDIES

Médio Oriente e Ásia Central:



Wellcome supports science to solve the urgent health challenges facing everyone. We support discovery research into life, health and wellbeing, and we're taking on three worldwide health challenges: mental health, infectious disease, and climate and health.

**Wellcome Trust, 215 Euston Road, London NW1 2BE, United Kingdom
T +44 (0)20 7611 8888, E contact@wellcome.org, [wellcome.org](https://www.wellcome.org)**

The Wellcome Trust is a charity registered in England and Wales, no. 210183.
Its sole trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England and Wales, no. 2711000
(whose registered office is at 215 Euston Road, London NW1 2BE, UK). SP-7725.4/03-2026/RK