

Del replanteamiento a la reforma: el futuro del sistema sanitario global

Una síntesis global de cinco
diálogos regionales

Descargo de responsabilidad

En este artículo se presentan los resultados de cinco diálogos regionales sobre la reforma sanitaria global, realizados con el apoyo de Wellcome Trust y liderados por socios regionales. Los puntos de vista y las opiniones que se expresan en el diálogo son exclusivos de cada participante y no reflejan necesariamente la política o la postura oficial de Wellcome ni de las organizaciones asociadas regionales.

Agradecimientos:

Ante todo, en este artículo se agradece a todas las partes interesadas y a las personas que participaron en los cinco diálogos regionales, así como a las organizaciones que se encargaron de su dirección, por todo el tiempo que dedicaron y los aportes que realizaron. El artículo ha sido escrito por Fabian Moser, con el apoyo de Clare Battle y Beck Smith. Los siguientes miembros de las organizaciones que se encargaron de dirigir los diálogos regionales llevaron a cabo revisiones críticas del artículo y realizaron sus aportes: Yousef Khader (para el diálogo regional de Oriente Medio y Asia Central), Angkana Lekagul y Afifah Rahman-Shepherd (diálogo de Asia-Pacífico), Pablo Villalobos Dintrans (diálogo de América Latina y el Caribe), Julia Roper y Sanne Wendes (diálogo de Europa y América del Norte), y Risipah Walumbe y Frida Ngalesoni (diálogo de África).

Acrónimos

ZLCCAf:	Zona de Libre Comercio Continental Africana	LACHCP:	Plataforma Catalizadora Sanitaria de América Latina y el Caribe
CDC de África:	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África	BMD:	Bancos multilaterales de desarrollo
AMA:	Agencia Africana de Medicamentos	SyE:	Seguimiento y evaluación
MAEP:	Mecanismo Africano de Evaluación entre Pares	OCI:	Organización de Cooperación Islámica
ASEAN:	Asociación de Naciones de Asia Sudoriental	AOD:	Asistencia Oficial para el Desarrollo
UA:	Unión Africana	OPS:	Organización Panamericana de la Salud
DPI:	Infraestructuras Públicas Digitales	GFP:	Gestión de las finanzas públicas
Gavi:	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	APS:	Atención primaria de salud
GHI:	Iniciativas de Salud Global	PDP:	Alianzas para el desarrollo de productos
HEAR CSO:	Health Architecture Reimagined Civil Society Organisations	APP:	Alianza público-privada
HTA:	Evaluación de la tecnología sanitaria	CER:	Comunidad o comunidades económicas regionales
CICR:	Comité Internacional de la Cruz Roja	RPG:	Bienes públicos regionales
AIF/BIRF:	Asociación Internacional de Fomento/ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento	PEID:	Pequeños Estados insulares en desarrollo
FMI:	Fondo Monetario Internacional	ONU:	Naciones Unidas
LAC:	América Latina y el Caribe	AGNU:	Asamblea General de las Naciones Unidas
		ONU80:	Iniciativa de reforma de ONU80
		AMS:	Asamblea Mundial de la Salud
		OMS:	Organización Mundial de la Salud

Índice

Prólogo	4
Resumen ejecutivo	6
Antecedentes	9
Balance del sistema actual	12
1. Puntos fuertes	12
2. Puntos débiles	13
Visión, principios y funciones del futuro ecosistema	15
1. Visión	15
2. Principios	15
3. Funciones	16
Áreas clave para la reforma	17
1. Gobernanza	17
2. Financiación	24
3. Datos, conocimientos y productos	33
El camino a seguir	37
1. Facilitadores	37
2. Llamado a la acción	39
3. Preguntas clave para avanzar	41
4. Conclusión	41
Notas finales	42
Socios	43

Prólogo

El año 2025 fue un año difícil para la salud global. Los importantes recortes en los presupuestos de ayuda a escala internacional —el más llamativo, el cierre de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), seguido de reducciones en los países europeos— han socavado los esfuerzos sanitarios en todo el mundo y costarán millones de vidas en los próximos años.

Estos recortes han debilitado un sistema que necesitaba reformas desde hacía tiempo, pero que, hasta ahora, se resistía al cambio. Durante las dos últimas décadas, la salud global ha promovido enormes avances, ha salvado vidas y ha mejorado la salud en todo el mundo. No obstante, también se ha dado lugar a un sistema que ha normalizado la desigualdad y la ineficacia. Con demasiada frecuencia, la salud global es algo que se impone a los países en lugar de implementarse por o con ellos. Ahora tenemos una oportunidad sin precedentes de abordar esta cuestión, con países que exigen un cambio.

Al ser una de las organizaciones filantrópicas independientes más grandes del mundo dedicada a mejorar la salud de todas las personas, Wellcome tiene tanto la oportunidad como la responsabilidad de ayudar a responder a estos llamamientos. Durante la última década, hemos respaldado nuevos modelos de cooperación mundial, hemos contribuido a importantes reformas en la preparación y financiación frente a pandemias, y hemos convocado sistemáticamente a diversas voces para encontrar puntos en común y promover el cambio para hacer frente a los retos sanitarios urgentes.

Se plantean preguntas difíciles de responder. Si se dispone de menos dinero en el sistema, ¿cómo podemos garantizar que todos los países puedan crear y mantener sistemas sanitarios sólidos y dirigidos por ellos mismos? ¿Cómo creamos una arquitectura sanitaria global que sea pertinente y responda a las necesidades de todos los países, independientemente de su nivel de ingresos o necesidades sanitarias? ¿Y cómo podemos hacer realidad estas ideas?

Durante el último año, Wellcome ha trabajado con socios de todo el mundo para reunir a líderes y expertos de gobiernos, organizaciones sanitarias multilaterales y mundiales, el sector privado y la sociedad civil con el fin de comenzar a explorar estas cuestiones y encontrar



Crédito de la imagen: Vicki Couchman/Wellcome

vías de avance. Para empezar, encomendamos a cinco líderes de opinión que expusieran sus visiones de la reforma, con el objeto de demostrar que es posible una verdadera reimaginación de la salud global. Este momento requiere ambición, no pequeños retoques.

A esto le siguieron cinco diálogos regionales (América Latina y el Caribe, África, Asia-Pacífico, Europa y América del Norte, y Oriente Medio y Asia Central) sobre el futuro de la salud global, diseñados y dirigidos por socios locales. Las partes interesadas de 114 países — que se reunieron a través de entrevistas, consultas virtuales y reuniones presenciales— exploraron las áreas prioritarias para el cambio y las formas en que podría llevarse a cabo la reforma. Las ideas planteadas en estos diálogos se han compartido en cinco artículos regionales para contribuir a las deliberaciones regionales y mundiales.

“
Si lo logramos, el 2026 quedará en la historia como el año en que se dio inicio a una nueva era positiva para la salud global
”

John-Arne Røttingen

“

Lo que suceda después depende de nuestra voluntad de avanzar juntos

”

John-Arne Røttingen

En este informe se reúnen todas estas reflexiones y recomendaciones. Lo que se percibe es el claro deseo de reformas sustantivas. Las perspectivas fueron diversas en las distintas regiones, pero comparten un mensaje claro: el actual sistema sanitario global está sobrecargado y excesivamente centralizado y es incapaz de atender las necesidades del mundo. Se necesita un cambio profundo si pretendemos construir un sistema sanitario global más equitativo y coherente, verdaderamente diseñado por las personas a las que debe atender. Es preciso que las regiones dispongan de los medios para dar impulso a la salud global.

Las cinco regiones acordaron tres áreas prioritarias de reforma:

- **Gobernanza:** Aclarar y racionalizar las funciones de las organizaciones, así como transferir el poder hacia las regiones y los países de ingresos bajos y medios (PIBM).
- **Financiación:** Garantizar que la financiación internacional se adapte a las necesidades de cada país e incrementar las inversiones nacionales y regionales en materia de salud.
- **Datos, conocimientos, productos:** Crear sistemas de datos regionales más sólidos y adaptar los mercados a fin de garantizar que todas las personas puedan obtener los productos sanitarios que necesitan.

Luego, en una reunión mundial que tendrá lugar en abril, reuniremos a las partes interesadas de las cinco regiones con el fin de explorar las áreas en las que está surgiendo un consenso en torno a la reforma y, lo que es más importante, las vías para plasmarlas en acción. Esperamos que este trabajo sirva de base para otras personas y que se garantice que las buenas ideas puedan traducirse en cambios reales.

Este trabajo se suma a otras importantes iniciativas de reforma y esperamos que también las respalde, como Accra Reset, el proceso de reflexión de los donantes de la UE, el seguimiento de la Agenda de Lusaka, HEAR CSO, la Plataforma de Acción de Sevilla, así como los procesos emergentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las reformas más amplias de la ONU80. Este año nos enfrentamos al desafío de aunar estas iniciativas y plasmarlas en un esfuerzo coherente y potente en favor del cambio.

Si lo logramos, el 2026 quedará en la historia como el año en que se dio inicio a una nueva era positiva para la salud global. Un momento de reinversión, más que de declive. El momento en que la acción colectiva convirtió una crisis en un enfoque ambicioso y coordinado. Un enfoque basado en la equidad, la eficacia y la eficiencia para lograr mejores resultados sanitarios para todos.

Lo que suceda después depende de nuestra voluntad de avanzar juntos, y de aprovechar este momento para construir un futuro más sano para todos.

John-Arne Røttingen
CEO, Wellcome

Resumen ejecutivo

En 2025, Wellcome apoyó cinco diálogos regionales, dirigidos por organizaciones asociadas, que reunieron a partes interesadas de más de 114 países para considerar las siguientes cuestiones:

- ¿Cuáles son los principales desafíos de la actual arquitectura sanitaria global y qué aspectos funcionan bien?
- ¿Cuál debería ser la función y la forma futuras de la arquitectura sanitaria global y qué reformas son necesarias para lograrlo?
- ¿Cuáles son los próximos pasos que hay que dar para llevar adelante estas reformas y cómo se pueden hacer posibles de forma colectiva?

Este artículo reúne los resultados de estos diálogos regionales y examina en qué puntos convergieron o divergieron las perspectivas, y qué implica eso para la reforma.

Las partes interesadas de todas las regiones coincidieron en que el actual ecosistema sanitario global ha aportado claros beneficios, pero los persistentes fallos obstaculizan el progreso.

Entre los elementos del ecosistema actual que se consideran valiosos, cabe señalar los siguientes: la función normativa de la OMS; la cooperación técnica destinada a aprovechar la experiencia internacional; las alianzas multilaterales dedicadas a promover la financiación, la innovación y los avances en el tratamiento de enfermedades específicas; y la presencia humanitaria sostenida en favor de la salud.

No obstante, en todas las regiones se consideró que el actual ecosistema sanitario global no cumple su propósito. Todos los diálogos pusieron de manifiesto deficiencias críticas, entre ellas: la incoherencia e ineficiencia de la arquitectura; los desequilibrios de poder en la toma de decisiones, el establecimiento de la agenda y la definición de la narrativa; las deficiencias en la rendición de cuentas y la aplicación; la dependencia de la financiación externa; la fragmentación de la financiación sanitaria internacional, que distorsiona los sistemas y erosiona la eficiencia; las deficiencias en la soberanía de los datos y el intercambio de conocimientos; y la frágil capacidad de producción y suministro de productos básicos clave.

Para hacer frente a estos obstáculos, los participantes en los cinco diálogos regionales convergieron en la visión de un ecosistema sanitario global descentralizado e impulsado por los países, anclado en centros regionales y respaldado por una arquitectura global más ágil y simplificada.

Este nuevo ecosistema sanitario global debería tener como objetivo mejorar los resultados sanitarios y generar un valor colectivo para todas las personas, de modo que se respalde el suministro de bienes públicos regionales y globales, se logre una coordinación internacional receptiva y, cuando sea necesario, se garantice una asistencia eficaz en consonancia con las trayectorias dirigidas por los países. Este ecosistema también debe responder a los cambios en la carga de morbilidad y los factores determinantes, así como permitir enfoques diferenciados en función de los distintos contextos y necesidades.

Para hacer realidad esta visión, es preciso adherirse a los principios fundamentales de soberanía, subsidiariedad, equidad y coherencia. También se requiere claridad respecto de las funciones críticas que serán necesarias a nivel regional y mundial. Los diálogos pusieron de relieve la importancia de fijar las prioridades a nivel nacional para garantizar la pertinencia y la apropiación en el plano local. Esto debería complementarse a nivel regional con el establecimiento de prioridades regionales para armonizar las necesidades nacionales y hacer frente a los desafíos en común, la cooperación y coordinación técnicas, la provisión de bienes públicos regionales y la movilización de recursos. El papel del nivel global pasa a ser, entonces, el establecimiento de normas y estándares técnicos, la gestión y coordinación a nivel mundial y la movilización de financiación coordinada.

Más allá de esta visión fundacional, en los diálogos mantenidos en las cinco regiones se identificaron reformas clave en torno a la gobernanza, la financiación y los datos, los conocimientos y los productos.

Cada diálogo regional aportó ideas y perspectivas únicas sobre cómo deberían ser las reformas en la práctica. En conjunto, los diálogos también delinearon los próximos pasos clave y plantearon nuevas preguntas para avanzar en estas prioridades comunes de reforma en materia de gobernanza, financiación, datos, conocimientos y productos.

Gobernanza

En respuesta a la necesidad de reducir la duplicación, la competencia y la confusión de funciones entre los niveles mundial y regional, los diálogos regionales convergieron en dos prioridades vinculadas a la reforma de los mandatos:

- Aclarar y reequilibrar la división del trabajo entre los niveles mundial y regional.
- Racionalizar los mandatos, sobre todo a escala mundial.

También se consideró esencial potenciar las capacidades sanitarias regionales para que la arquitectura sanitaria global sea más receptiva, equitativa, eficaz y resiliente. En la práctica, esto implicaría aprovechar la proximidad y la experiencia local, así como garantizar que las organizaciones regionales puedan expresarse de manera coherente y unificada. También se consideró que la profundización de los mandatos y el poder de decisión de las organizaciones establecidas y dirigidas a nivel regional dependía del fortalecimiento de la coordinación sanitaria regional y subregional, la ampliación de las capacidades operativas compartidas y el desarrollo de bienes públicos regionales.

Al mismo tiempo, en los diálogos regionales hubo un reconocimiento compartido de que, para mejorar la toma de decisiones en materia de salud global, sería necesario reequilibrar la representación en los consejos de administración para elevar la voz y la autoridad de los países y regiones de ingresos bajos y medios. También se hizo hincapié en la necesidad de integrar a la sociedad civil y a otros actores no estatales en la gobernanza a todos los niveles. Asimismo, se llegó a un consenso sobre la necesidad de que los mecanismos de rendición de cuentas sean más recíprocos y aumenten su credibilidad y sus consecuencias.

Financiación

Los diálogos regionales coincidieron en que los países deben liderar el aumento tanto de la cantidad como de la calidad de la financiación sanitaria nacional, así como gestionar transiciones sostenibles. Paralelamente, deben abordarse también las restricciones macrofinancieras.

Todas las regiones estuvieron de acuerdo en mejorar la calidad de la financiación sanitaria internacional. En consonancia con la Agenda de Lusaka, las regiones abogaron por mayor coherencia, simplificación y previsibilidad de la financiación exterior, junto con una evolución del papel de los bancos multilaterales de desarrollo (BMD). Las regiones también propusieron afianzar los mecanismos de financiación regional con el fin de promover los bienes públicos regionales.

Datos, conocimientos y productos

Las partes interesadas de todas las regiones coincidieron en la necesidad de reforzar los sistemas de datos y conocimientos sanitarios interoperables y gobernados a nivel regional —respaldados por una sólida infraestructura digital, una clara gobernanza de los datos y un intercambio estructurado de conocimientos— que permitan obtener evidencia confiable y una cooperación más sólida.

En todas las regiones también hubo consenso en que los mercados sanitarios deben configurarse de forma proactiva para garantizar un acceso equitativo, una mayor resiliencia y una mayor soberanía regional tras las desigualdades que se observaron durante la pandemia de COVID-19. Para ello, debería recurrirse a la adquisición mancomunada, así como a la fabricación distribuida y mejor regulada de productos sanitarios.

Esto también se considera una oportunidad para generar beneficios económicos y adecuar los objetivos sanitarios y económicos dentro de un marco compartido.

Para aplicar las reformas, será preciso hacer frente a un contexto económico y político mundial caracterizado por su rápida evolución.

Si bien los diálogos regionales se esforzaron por alcanzar un consenso y establecer los próximos pasos concretos, sigue siendo un desafío definir el "cómo" de las reformas, sobre todo a nivel mundial. Además, varias reformas identificadas en los diálogos dependerán de cambios políticamente sensibles que pueden encontrar resistencia.

La consecución de un ecosistema sanitario global más equitativo, eficaz y eficiente dependerá, por tanto, de varios factores clave: el liderazgo activo de los PIBM y de las regiones; la armonización de las ambiciosas propuestas de reforma técnica con la autoridad política de alto nivel; las coaliciones dinámicas entre las partes interesadas para promover y aplicar la reforma; y un proceso iterativo que permita obtener resultados rápidos y sostener cambios más amplios. También será necesario que los socios trabajen de manera conjunta con el fin de resolver las principales cuestiones pendientes, aprovechando los próximos debates sobre la reforma sanitaria regional y global para garantizar un camino claro y unido en el futuro.

El cambio sustantivo en la salud global es inevitable. Pero el éxito de la reforma del ecosistema sanitario global depende del trabajo conjunto, con la participación significativa de todas las regiones como coarquitectas.

Los gobiernos deben establecer y poner en práctica una línea de actuación común para la reforma. También deben reforzar y alinear la financiación en torno a un plan y facilitar la descentralización cuando esta aporte valor añadido. Las organizaciones regionales deben crear sistemas compartidos, asumir funciones claras y armonizar los mercados. Las organizaciones mundiales deben ser más ágiles y simplificadas. También deben respaldar a los actores regionales, alinearse con los planes nacionales y fijar los instrumentos de financiación. La sociedad civil, los grupos de reflexión y el mundo académico deben fortalecer su voz, la evidencia y la rendición de cuentas. Mediante un esfuerzo coherente y alineado entre regiones y grupos de partes interesadas, podemos aprovechar la oportunidad actual y ofrecer un ecosistema sanitario global que pueda satisfacer las necesidades sanitarias de hoy y de mañana.

Antecedentes

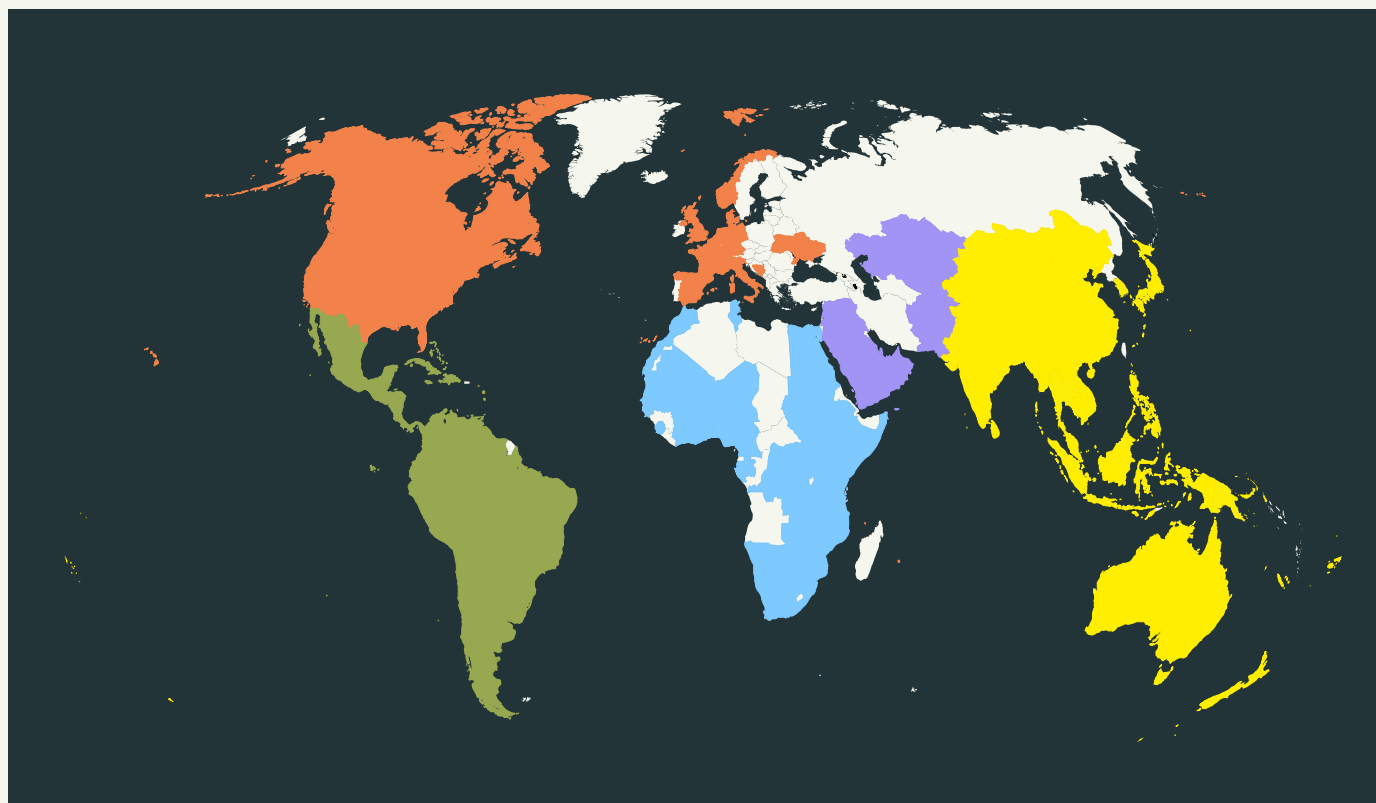
No cabe duda de que los cambios políticos y financieros de los últimos 12 meses han supuesto un desafío sin precedentes para la salud global. En particular, estos cambios han dado lugar a importantes recortes en la ayuda de los donantes, lo cual ha costado vidas y entraña el riesgo de agravar las desigualdades mundiales. Pero incluso antes de estos cambios, 4600 millones de personas no tenían acceso a los servicios sanitarios básicos¹, y el mundo seguía sin estar preparado para futuras pandemias. Si bien no existe una solución fácil y las perspectivas de progreso siguen siendo sumamente inciertas, este momento de crisis puede considerarse como la apertura de una ventana al cambio. Ahora se presenta una oportunidad muy esperada y necesaria para llevar a cabo una reforma transformadora que construya un sistema sanitario global mejor y más justo para el futuro.

En la última década, iniciativas como la Agenda de Lusaka y otras han pretendido fomentar la evolución de la arquitectura de la salud global². Sin embargo, los

cambios necesarios y los posibles son radicalmente distintos en este nuevo contexto.

Por su naturaleza, la reforma sanitaria global necesita una *respuesta global*. No puede ser decidida por una sola organización, país o región; requiere inteligencia colectiva y toma de decisiones en todo el mundo. En 2025, con objeto de complementar otras iniciativas de reforma, Wellcome apoyó cinco diálogos regionales sobre la reforma sanitaria global en América Latina y el Caribe, África, Asia-Pacífico, Europa y América del Norte, y Oriente Medio y Asia Central³. Estos diálogos fueron dirigidos por organizaciones asociadas de cada región, que reunieron a actores clave para deliberar abiertamente sobre las reformas que son necesarias en la arquitectura sanitaria global y el modo en que pueden hacerse realidad.

Países que participan en cinco diálogos regionales sobre la reforma sanitaria global



Los cinco diálogos se basaron en la experiencia y los conocimientos de más de 114 países, incluidos representantes de gobiernos nacionales, organizaciones regionales, la OMS y el sistema de las Naciones Unidas en general, BMD, organizaciones no gubernamentales (ONG), la sociedad civil, fundaciones filantrópicas, el sector privado, organizaciones comunitarias y otros (véase el mapa). Si bien cada diálogo fue único, todos incluyeron una fase de consulta y una convocatoria en persona, que tuvo lugar de agosto a noviembre de 2025 (véase el recuadro 1 para obtener más detalles sobre los diálogos).

Recuadro 1

Visión general: Diálogos regionales sobre la reforma sanitaria global

Organizaciones que diseñaron, dirigieron y facilitaron los diálogos en cada región:

- **América Latina y el Caribe:** Tecnológico de Monterrey (México) con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (Argentina), Universidad Mayor (Chile) y Universidad de las Indias Occidentales (Jamaica).
- **África:** Amref Health Africa (Kenia).
- **Asia-Pacífico:** El PMAC Strategic Institute con la International Health Policy Program Foundation (Tailandia), la Escuela de Salud Pública Saw Swee Hock School of Public Health, la Universidad Nacional de Singapur (Singapur), la Escuela de Salud Pública Vanke School of Public Health y la Universidad Tsinghua (China).
- **Oriente Medio y Asia Central:** La Red de Salud Pública del Mediterráneo Oriental (Jordania) con el Consejo de Oriente Medio para Asuntos Mundiales (Qatar) y la Facultad de Medicina de la Universidad Nazarbayev (Kazajistán).
- **Europa y América del Norte:** Panorama Strategy (EE. UU.) con SEEK Development (Alemania).

Fase de consulta: Se recabaron las perspectivas y prioridades de los actores nacionales y regionales, y se comenzó a identificar las áreas de convergencia y divergencia. En todas las regiones:

- Se contó con la participación de un total de 1790 personas a través de encuestas en línea destinadas a recabar opiniones, poner a prueba hipótesis y recopilar propuestas de reforma.
- Se entrevistó a un total de 204 informantes clave y se analizaron los desafíos que plantea el sistema actual y las prioridades de la reforma.
- Muchas regiones también organizaron grupos de discusión virtuales o talleres a nivel subregional.
- Las actividades de consulta se complementaron con un análisis iterativo de las políticas y una síntesis a cargo de las organizaciones líderes.

Fase de convocatoria: Se desarrollaron y consolidaron áreas de consenso y se examinaron y debatieron las áreas controvertidas con el fin de avanzar hacia una convergencia regional sobre prioridades y pasos concretos en pro de la reforma.

- Los participantes conformaron grupos autorizados y constructivos para deliberar de manera franca e inclusiva.
- Cinco convocatorias, en Berlín, Amán, Singapur, Kigali y Ciudad de México, reunieron a 273 partes interesadas.

Si bien los diálogos se iniciaron con una evaluación de la actual arquitectura sanitaria global, se centraron en el futuro y se plantearon las siguientes preguntas fundamentales:

- ¿Cuáles son los principales desafíos de la actual arquitectura sanitaria global y qué aspectos funcionan bien?
- ¿Cuál debería ser la función y la forma futuras de la arquitectura sanitaria global y qué reformas son necesarias para lograrlo?
- ¿Cuáles son los próximos pasos para llevar adelante estas reformas y cómo se pueden hacer posibles de forma colectiva?

A partir de las consultas y reuniones, cada diálogo regional elaboró un artículo de resultados en el que se dejaron plasmadas las reflexiones y recomendaciones de los participantes ^{4,5,6,7,8}. En esos cinco artículos se exponen distintas perspectivas regionales, así como propuestas concretas de reforma tanto a escala regional como mundial.

Esta síntesis reúne estos diálogos regionales y examina los puntos en los que convergen o divergen las perspectivas, así como las implicaciones que tiene esto para la reforma. Se pretende que estas lecciones y prioridades complementen otros análisis (como el proceso de reflexión de la UE y de donantes afines) y contribuyan a los esfuerzos de reforma en curso, como la Agenda de Lusaka, Accra Reset, la Plataforma de Acción de Sevilla, la sociedad civil HEAR y el proceso emergente convocado por la OMS, así como el proceso más amplio de ONU80.

El artículo se organiza del siguiente modo: En la sección II se hace un balance del sistema actual; en la sección III se describen la visión, los principios y las funciones del ecosistema futuro; en la sección IV se exponen las principales áreas de reforma, los próximos pasos propuestos y las cuestiones pendientes; en la sección V se considera el camino colectivo a seguir y se presentan las conclusiones.

Balance del sistema actual

Los cinco diálogos regionales pusieron de manifiesto el modo en que funciona el actual ecosistema sanitario global y destacaron los aspectos en los que ha aportado beneficios evidentes y aquellos en los que las deficiencias persistentes obstaculizan el progreso.

1. Puntos fuertes

Todas las regiones coinciden en que el ecosistema sanitario global en su forma actual ha contribuido a lograr avances fundamentales. Entre los elementos del ecosistema que se consideran especialmente beneficiosos, cabe mencionar los siguientes:

1.1. La función normativa de la OMS

El papel de la OMS en el establecimiento de normas y orientaciones técnicas mundiales se considera esencial y constituye un bien público mundial fundamental. Si bien hay llamamientos para que las orientaciones respondan mejor a las realidades nacionales y regionales, la función normativa de la OMS se considera un anclaje importante y legítimo en un ecosistema cada vez más complejo.

1.2. Cooperación técnica destinada a aprovechar la experiencia internacional

La cooperación técnica internacional y los mecanismos de intercambio de conocimientos han permitido a los países acceder a conocimientos y normas que quizá no tengan capacidad para desarrollar de forma independiente. En particular, las plataformas de colaboración y aprendizaje han generado ventajas para que los países más pequeños o con menos recursos se beneficien de los conocimientos mundiales.

1.3. Las alianzas multilaterales que promueven la financiación, la innovación y los avances en el tratamiento de enfermedades específicas

La colaboración multilateral innovadora ha ayudado a varios países a lograr avances cuantificables en áreas prioritarias de la salud, como el VIH, la tuberculosis, la malaria y la inmunización, así como en la salud maternoinfantil. Estos avances contaron con el respaldo de alianzas multilaterales, como Gavi, el Fondo Mundial, el Mecanismo Mundial de Financiamiento y otras, reconocidas por movilizar y aunar amplios recursos internacionales, mecanismos de configuración del mercado para bajar los precios y mejorar el acceso a los productos sanitarios, así como una gobernanza multilateral.

1.4. Presencia humanitaria sostenida en pro de la salud

El diálogo sobre Oriente Medio y Asia Central pone de relieve el papel fundamental que actores neutrales como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y las ONG humanitarias siguen desempeñando para mantener el acceso a los servicios sanitarios esenciales y complementar los esfuerzos más amplios del sistema sanitario en contextos frágiles y afectados por conflictos.

A pesar de estos logros, todas las regiones consideran que el actual ecosistema sanitario global no cumple su propósito. Más concretamente, se destaca que las deficiencias en materia de gobernanza, financiación, intercambio de conocimientos y suministro de productos socavan la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad.

2. Puntos débiles

2.1. Narrativa obsoleta

La salud global sigue operando con la narrativa de "la ayuda primero", que da forma al ecosistema y convierte a los países y regiones —especialmente en el Sur Global— en receptores, no en coarquitectos. En este enfoque obsoleto, la toma de decisiones y la autoridad técnica recaen en organizaciones externas, que definen las prioridades desde el exterior y refuerzan la dependencia. El éxito se enmarca en términos de cumplimiento por parte de los donantes y de ejecución de programas verticales, en lugar de la contribución conjunta a los bienes públicos, la creación de liderazgo nacional y el fortalecimiento de los sistemas a largo plazo a escala nacional, regional y mundial.

2.2. Incoherencia e ineficiencia

La arquitectura sanitaria global es amplia, pero carece de coherencia, lo cual se ve agravado por la falta de una visión común del éxito. Los papeles se desdibujan entre las organizaciones mundiales, así como entre las organizaciones mundiales y regionales. Los mandatos se superponen y los actores suelen competir entre sí en lugar de complementarse. Las responsabilidades institucionales no están claras y proliferan iniciativas paralelas —en lugar de coordinarse— en torno a las prioridades nacionales. Esta fragmentación y la falta de toma de decisiones a nivel de todo el sistema obstaculizan la eficacia del ecosistema.

2.3. Desequilibrios de poder

La gobernanza sanitaria sigue estando dominada por actores y regiones de altos ingresos y está excesivamente centralizada a nivel mundial. Cuatro de cada cinco regiones —África, América Latina y el Caribe, Asia-Pacífico y Oriente Medio y Asia Central— subrayaron en sus diálogos que no tienen suficiente autoridad en las estructuras mundiales de toma de decisiones sanitarias, por ejemplo, en los consejos de administración y en los procesos de gobernanza de las organizaciones sanitarias mundiales. Esto refuerza la dependencia y la desigualdad, ya que los gobiernos y la sociedad civil de los PIBM están infrarrepresentados y tienen menos influencia en el establecimiento de prioridades, el diseño de programas y la supervisión. También contribuye a que algunos actores se sientan "al margen" de un sistema concebido, financiado y gobernado desde el Norte Global, que no incorpora adecuadamente las necesidades, la experiencia y la apropiación de los países y las regiones.

2.4. Deficiencias en la rendición de cuentas

La falta de mecanismos eficaces de rendición de cuentas en la salud global provoca una deficiencia persistente en el cumplimiento de los compromisos. Sin mecanismos más vinculantes o sistemas de incentivos, los compromisos colectivos para proporcionar bienes públicos globales se consideran meras aspiraciones. En varios diálogos se destacó también el carácter unidireccional del monitoreo de la salud global, que hace un seguimiento de los resultados de los países y los compara con los objetivos de los donantes. Por el contrario, son débiles o inexistentes los mecanismos equivalentes destinados a hacer un seguimiento de la alineación de los donantes con las prioridades nacionales, lo que perpetúa los desequilibrios de poder y socava la confianza.

2.5. Dependencia constante de la financiación exterior

La insuficiente inversión nacional en salud y la excesiva dependencia que algunos países tienen de la financiación externa no solo limitan la apropiación y la soberanía sanitaria de los países a nivel nacional, sino que también socavan su agencia en el ecosistema sanitario global. La falta de mecanismos adecuados para crear capacidades de financiación nacional y planificar una transición responsable de la financiación externa es una deficiencia clave en el ecosistema actual. Esto se ve agravado por las restricciones macrofinancieras, en particular la carga insostenible de la deuda, los costos desiguales de endeudamiento y los flujos financieros ilícitos, que restringen el espacio fiscal de los países.

“
La arquitectura actual no promueve sinergias entre los niveles global, regional y nacional. En lugar de complementar las capacidades existentes, muchos actores internacionales operan en paralelo. Esto causa la duplicación de funciones y el desplazamiento de aquellas que las instituciones locales o regionales podrían llevar a cabo con mayor eficacia
”

Informe de resultados del diálogo de América Latina y el Caribe

2.6. Financiación sanitaria internacional fragmentada

La proliferación de flujos de financiación aislados y específicos para cada enfermedad socava la coherencia e impone una carga administrativa innecesaria a los países. Dicha financiación suele pasar por alto los procesos nacionales de planificación y presupuestación, lo cual desatiende la necesidad de desarrollar sistemas sostenibles de propiedad nacional, socava la gestión de las finanzas públicas y va en contra de la prestación integrada de la atención primaria de salud (APS).

2.7. Deficiencias en la soberanía de datos y el intercambio de conocimientos

Muchos países aportan grandes cantidades de datos a los esfuerzos de investigación mundiales, pero carecen de la titularidad y el acceso recíproco a los datos, los conocimientos y los productos sanitarios. La falta de sistemas de datos interoperables, junto con el escaso intercambio de conocimientos y la poca cooperación técnica a nivel regional, también restringen el uso de datos y conocimientos especializados para la toma de decisiones basada en evidencia y las respuestas rápidas ante las emergencias sanitarias.

2.8. Fragilidad y desigualdad en la producción y el suministro de productos sanitarios

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la fragilidad de los sistemas mundiales concentrados de producción y suministro, así como las persistentes desigualdades en el acceso a productos sanitarios vitales. A menudo se infrutilizan las oportunidades de fabricación local y regional, las cadenas de suministro y los procesos normativos armonizados, lo cual perpetúa la dependencia de los mercados externos en lugar de fomentar la autonomía y la resiliencia dentro del ecosistema sanitario global.

Este balance muestra que, aunque las partes interesadas de todas las regiones reconocen los logros y las ventajas del actual ecosistema sanitario global, tienen claro que estos puntos fuertes coexisten con profundas deficiencias que obstaculizan el progreso. El actual ecosistema sanitario global está fragmentado, sobrecargado de jerarquías y desalineado con las prioridades de las regiones y los países. Este diagnóstico constituye la base de una visión compartida de que una reforma significativa debe ser transformadora y estar guiada por una clara visión común.

Visión, principios y funciones del futuro ecosistema

1. Visión

En conjunto, los cinco diálogos regionales prevén un ecosistema sanitario global que pueda mejorar los resultados sanitarios y aportar valor colectivo para todos, de modo que se contribuya a la provisión de bienes públicos regionales y globales, se ofrezca una coordinación internacional receptiva y, cuando sea necesario, se garantice que la ayuda eficaz se ajuste a las trayectorias dirigidas por los países. Este sistema responde a los cambios en la carga de morbilidad y los factores determinantes y permite enfoques diferenciados en función de los distintos contextos y necesidades. Se trata de un sistema descentralizado impulsado por los países, anclado en centros regionales y respaldado por una arquitectura global más ágil y simplificada.

Alcanzar esta visión requiere la adhesión a principios clave.

2. Principios

- **Soberanía:** Los países ejercen autoridad sobre sus prioridades y sistemas sanitarios, lo cual refuerza su autosuficiencia. El ecosistema sanitario global está configurado por agentes nacionales soberanos, en asociación con organismos regionales y agentes no estatales, que impulsan la colaboración multilateral basada en la apropiación, la confianza y la legitimidad.
- **Subsidiariedad:** Las decisiones se toman y aplican lo más cerca posible de quienes se ven afectados por ellas, lo cual permite enfoques flexibles y diferenciados que responden a realidades nacionales y regionales diversas y cambiantes, ancladas en la descentralización del poder. Se ofrece coordinación internacional y apoyo financiero y técnico externo

cuando y donde sea fundamental, reforzando la agencia nacional y regional dentro de un marco global compartido.

- **Equidad:** El ecosistema sanitario global cataliza los avances hacia resultados sanitarios equitativos dentro de los países y entre ellos. Los procesos justos, las alianzas, la gobernanza y los mecanismos de financiación reequilibran activamente las asimetrías de poder y las disparidades entre los actores a escala nacional, regional y mundial.
- **Coherencia:** Las funciones en cada nivel del sistema son claras y complementarias, acompañadas de una definición clara de las funciones organizativas. La eficacia se maximiza garantizando que se refuercen y utilicen las estructuras y los sistemas existentes, en lugar de crear estructuras nuevas o paralelas. Las organizaciones mundiales simplificadas con mandatos y responsabilidades más claros —y con menos superposición— respetan, complementan y apoyan lo que existe a nivel local y regional, conectando estos sistemas en un ecosistema mundial alineado y conformado por la cooperación en red en lugar de la competencia.

3. Funciones

El ámbito nacional sigue siendo, sin duda, el principal lugar de prestación y protección de la salud. Sin embargo, el avance hacia un ecosistema sanitario global transformado también requiere una mayor claridad sobre las funciones que serán necesarias a nivel regional y mundial (el tema central de este artículo).

En la mayoría de los diálogos se identificaron las siguientes funciones para el **nivel regional**:

- **Establecer prioridades**, agendas y estrategias sanitarias regionales basadas en las distintas necesidades sanitarias y prioridades compartidas de los países, así como reforzar los mecanismos regionales de rendición de cuentas entre países.
- **Dirigir la cooperación y la coordinación técnicas sanitarias entre los países de la región** y, cuando se solicite, prestar apoyo específico en función del contexto a la aplicación de los programas por parte de los países.
- **Proporcionar bienes públicos regionales para la salud**, como capacidad de vigilancia y respuesta ante brotes, arquitecturas compartidas de datos y conocimientos, normas de armonización reglamentaria y otros.
- **Movilizar y vincular recursos** —tanto financieros como técnicos— en consonancia con las prioridades sanitarias nacionales y regionales en favor de los bienes públicos regionales y otras formas de cooperación y apoyo.

Se complementará con las siguientes funciones a **nivel global**:

- **Establecer normas y estándares técnicos globales y apoyar y coordinar el suministro de bienes públicos globales** para la salud, como investigación y desarrollo, orientación normativa, orientación clínica y de políticas, sistemas mundiales de vigilancia de enfermedades y otros.
- **Proporcionar una administración y coordinación globales** para gestionar las amenazas y externalidades globales, como las emergencias sanitarias globales, y facilitar el intercambio de información y la alineación de los actores de todas las regiones en un marco global compartido.
- **Movilizar una financiación coordinada** para los bienes públicos globales, así como para ayudar a los países en transición hacia una financiación sanitaria nacional, y en contextos humanitarios, cuando sea necesario.

Esta lista de funciones no es exhaustiva, sino que se basa en las que se han destacado con mayor frecuencia en los diálogos para delinear la futura división del trabajo en los distintos niveles del ecosistema sanitario. Será necesario seguir deliberando en forma colectiva para garantizar un mapeo exhaustivo de las funciones (reconociendo que el tipo de apoyo y compromiso deseado variará en función del contexto nacional), y para considerar las vías adecuadas en regiones cuya capacidad, estructuras y preparación para desempeñar tales funciones varían considerablemente. En la siguiente sección se presentan algunas reflexiones sobre los pasos necesarios para llevar a cabo esta diferenciación de funciones.

Áreas clave para la reforma

Cada diálogo regional aportó ideas y perspectivas únicas sobre las reformas necesarias para acelerar el avance hacia el ecosistema sanitario global transformado previsto anteriormente.

Hubo variaciones en el enfoque, el énfasis y la profundidad de los debates y las propuestas entre las regiones. A pesar de ello, los diálogos en las cinco regiones convergieron en áreas comunes de reforma, en respuesta a los puntos débiles identificados en forma conjunta y expuestos en el balance anterior. En conjunto, los diálogos propusieron reformas clave en materia de gobernanza y financiación, así como de datos, conocimientos y productos. Muchas de ellas se corresponden con las prioridades y los cambios establecidos en la Agenda de Lusaka⁹, lo cual pone de relieve la necesidad de aprovechar los principios y compromisos existentes para llevar adelante una acción conjunta a medida que avanzamos. Los próximos pasos propuestos y las cuestiones pendientes para avanzar en las reformas se basan directamente en las propuestas de todos los diálogos, así como en la síntesis de las prioridades compartidas.

1. Gobernanza

1.1. Diferenciar y simplificar los mandatos para mejorar la coherencia y la eficiencia

En respuesta a la duplicación, la competencia y la confusión de las funciones globales y regionales expuestas en la sección II, los diálogos regionales convergieron en dos prioridades para la reforma de los mandatos: diferenciar y reequilibrar la división del trabajo entre los niveles mundial y regional, y simplificar los mandatos dentro de los niveles.

1.1.1. Diferenciar y reequilibrar las funciones y mandatos entre los niveles mundial y el regional

El traspaso de más funciones del nivel mundial al regional constituye una prioridad clave de la reforma en América Latina y el Caribe, Asia-Pacífico, África y Oriente Medio y Asia Central. Se debe a la visión compartida de centros regionales creíbles que respondan directamente a las distintas necesidades de

sus países y, al mismo tiempo, se conecten con el sistema mundial y le den forma.

Aunque se centraron en el sistema mundial, las partes interesadas de Europa y América del Norte también expresaron un apoyo significativo a la recalibración de las funciones y responsabilidades entre los niveles mundial y regional, lo cual permitiría una mayor apropiación regional de la salud al tiempo que se aclararía qué funciones deberían seguir siendo mundiales.

En la mayoría de los diálogos se destacó la necesidad de que la OMS se centre en su mandato básico de establecer normas y estándares mundiales, y de que las organizaciones regionales asuman un papel más definido en la adaptación contextual, la cooperación técnica y el apoyo a la aplicación. Asia-Pacífico y América Latina y el Caribe también destacaron la necesidad de reformar los mandatos de las organizaciones financieras internacionales, como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, a fin de coordinar mejor la financiación de los bienes públicos globales y regionales (véase la subsección 2.2).

Sin embargo, también se coincidió en que no debe subestimarse la complejidad de tal reequilibrio de funciones del nivel mundial al regional. Se necesitará un apoyo considerable para que las organizaciones sanitarias regionales puedan absorber y desempeñar funciones adicionales, reconociendo las variaciones en los niveles de capacidad y madurez de las distintas regiones (véase la subsección 1.2). También será esencial la existencia de mecanismos claros de gobernanza y rendición de cuentas —incluso entre organizaciones regionales— para garantizar que estos cambios no agraven la fragmentación. Todas las regiones coincidieron también en que la mayor regionalización, a través de marcos conjuntos y compartidos, debe garantizar la alineación global.

1.1.2. Aclarar y simplificar los mandatos dentro de los niveles, especialmente a escala mundial

Además de reequilibrar las funciones y los mandatos entre los niveles mundial y regional, en los diálogos hubo un fuerte consenso sobre la necesidad de aclarar y simplificar los mandatos de las actuales organizaciones sanitarias mundiales para reducir la fragmentación y las ineficiencias.

Próximos pasos propuestos:

- Las organizaciones sanitarias mundiales y regionales introducen o mejoran los protocolos de rendición de cuentas y coordinación con la supervisión de los gobiernos de los Estados miembros, incluidos mecanismos formales de planificación conjunta e intercambio de información con el fin de promover la acción colectiva y estructuras de incentivos que prioricen la colaboración y la sinergia frente a la competencia.
- Los gobiernos autorizan una revisión independiente y de todo el sistema de los mandatos individuales y las funciones diferenciadas de las organizaciones sanitarias mundiales y regionales, de modo que se identifiquen oportunidades de recalibración para corregir duplicaciones, disparidades e ineficiencias y garantizar la prestación de las funciones clave establecidas en la sección III. Este proceso sería inclusivo y transparente, y contaría con la participación de actores mundiales (como la OMS, UNICEF, el UNFPA, las Iniciativas Sanitarias Mundiales como Gavi, el Fondo Mundial, el Mecanismo Mundial de Financiamiento, Unitaid, la CEPI y el Fondo contra Pandemias y diferentes alianzas), así como de actores regionales (como los CDC de África y otros).
- En consonancia con las conclusiones de esta revisión, los gobiernos y los socios colaboran con las organizaciones sanitarias mundiales para delegar progresivamente las funciones y responsabilidades acordadas, al tiempo que apoyan y capacitan a las organizaciones sanitarias regionales para que puedan asumirlas. Esta descentralización debe ser paulatina y predecible para consolidar la confianza en el proceso de reforma y afianzar la credibilidad de la gobernanza.
- Los gobiernos y los socios colaboran con las organizaciones sanitarias mundiales, dentro y fuera del sistema de las Naciones Unidas, con el fin de simplificar sus mandatos mediante mecanismos de gobernanza adecuados y, al mismo tiempo, evitar la creación de nuevas organizaciones.

A pesar del amplio acuerdo en principio, el nivel de ambición, la idea de cómo llevarlo a cabo y el apoyo a las distintas opciones se mantuvieron poco definidos. Entre las propuestas figuran una mayor armonización de los mandatos de las organizaciones sanitarias mundiales, como la OMS, la Gavi y el Fondo Mundial (destacada por Oriente Medio y Asia Central y Europa y América del Norte); la reorientación de las organizaciones hacia sus mandatos y funciones principales, en los que cuentan con una ventaja comparativa (América Latina y el Caribe, Europa y América del Norte y Asia-Pacífico); y la unificación activa de los mandatos para reducir las duplicaciones entre organizaciones (África).

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- Dada la gran variedad de capacidades e integración a nivel regional, ¿cuál es la mejor manera de orientar las reformas hacia la regionalización, manteniendo al mismo tiempo la alineación y la coherencia a nivel mundial?
- ¿Cómo puede la deliberación colectiva determinar con mayor precisión el equilibrio de funciones entre los niveles mundial y regional, teniendo en cuenta al mismo tiempo las disyuntivas asociadas?
- ¿Qué actores tienen autoridad e imparcialidad para dirigir una revisión de las funciones, duplicidades y mandatos a nivel mundial y cómo se adoptarían las recomendaciones en los distintos órganos de gobernanza?
- ¿De qué modo estas deliberaciones pueden garantizar una consideración adecuada de las diferentes necesidades de los distintos países (teniendo en cuenta factores como el nivel de ingresos y la fragilidad)?
- ¿Cómo puede abordarse de forma constructiva la resistencia institucional a los cambios sustantivos de mandatos?
- ¿Cómo se pueden evitar las discrepancias en las funciones sanitarias mundiales durante las transiciones de mandatos, especialmente si las funciones cambian más rápido que la financiación o la capacidad técnica?

1.2. Hacer posible una arquitectura sanitaria regional

En todos los diálogos se considera que potenciar las capacidades sanitarias regionales es esencial para que la arquitectura sanitaria global sea más receptiva, equitativa, eficaz y resiliente, aprovechando la proximidad y la experiencia local. En América Latina y el Caribe, Oriente Medio y Asia Central, África y Asia-Pacífico se alcanzó un fuerte consenso en cuanto a que su respectiva influencia mundial depende de organizaciones regionales creíbles y coherentes que se expresen con una voz unificada.

Profundizar en los mandatos y el poder de decisión de las organizaciones regionales exigirá reforzar la coordinación sanitaria regional y subregional, ampliar las capacidades operativas compartidas y fortalecer el apoyo a la provisión de bienes públicos regionales. Debido a la heterogeneidad de las regiones, no existe un enfoque único para lograr ese cometido. Aun así, surgieron dos mecanismos comunes.

1.2.1. Reforzar las plataformas regionales de coordinación de políticas

Las sólidas plataformas regionales y subregionales multilaterales y con múltiples partes interesadas deberían servir como centros para desarrollar y respaldar prioridades sanitarias, agendas y estrategias regionales compartidas, así como para coordinar acciones. Esto permitiría a los países movilizar recursos colectivos y armonizar esfuerzos para influir en la toma de decisiones y las políticas a nivel mundial. Deben estar impulsadas por los agentes nacionales, subregionales y regionales y rendirles cuentas con el fin de resolver los problemas sanitarios regionales y, a la vez, mantener vínculos con los mecanismos mundiales.

Ya existen actores de ámbito regional que pueden ejercer o sentar las bases de dicha coordinación y liderazgo, aunque en la mayoría de los casos la configuración actual es imperfecta. Los participantes en el diálogo sobre Oriente Medio y Asia Central destacaron que organizaciones como EMPHNET, el CDC del Golfo, la Liga Árabe y la Organización de Cooperación Islámica (OCI) podrían servir de centros de coordinación y liderazgo. La regionalización requerirá un examen crítico de los acuerdos existentes (véase la sección III), seguido de un esfuerzo concertado para reforzar las capacidades clave, reconociendo que esto puede requerir modelos flexibles y en red con forma variable y participación a través de diferentes funciones, en lugar de un único centro regional claramente delimitado. Para promover la salud de manera eficaz a nivel regional será necesaria la colaboración no solo con organizaciones centradas en la salud, sino también —como ocurre a nivel mundial— con actores cuyos mandatos abarcan otros sectores, lo cual refleja la naturaleza intrínsecamente transversal de los desafíos sanitarios.

1.2.2. Proporcionar bienes públicos regionales y funciones mancomunadas

En consonancia con el deseo de aumentar la provisión de bienes públicos a nivel regional y las funciones mancomunadas (véase la sección III), el desarrollo o el refuerzo de mecanismos de adquisición mancomunada, fabricación regional, armonización normativa y capacidad de respuesta ante emergencias —con el fin de aprovechar las economías de escala y reducir la dependencia de sistemas externos— también surgió como una prioridad común en todas las regiones (véase el recuadro 2).

Recuadro 2

Por ejemplo: Propuesta para la Plataforma Catalizadora Sanitaria de LAC (LAC-HCP)

El diálogo de América Latina y el Caribe propuso la creación de una Plataforma Catalizadora Sanitaria de América Latina y el Caribe (LAC-HCP) con el fin de remodelar y fortalecer la región fomentando la colaboración y permitiendo la inversión coordinada en dos ámbitos distintos pero interconectados:

- 1) el desarrollo de bienes públicos regionales (RPG), como arquitecturas de datos de salud, metodologías de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA), generación compartida y capacidades analíticas para soluciones impulsadas por datos de IA y repositorios regionales de conocimiento.
- 2) la cooperación Sur-Sur para la producción y los servicios compartidos (distintos de los RPG), como la adquisición conjunta/coordinada, la fabricación regional y el refuerzo normativo compartido. La plataforma funcionaría como un mecanismo unificador, con funciones únicas, totalmente complementario a los mandatos de la OPS, los mecanismos subregionales y los bancos multilaterales de desarrollo.

Próximos pasos propuestos:

- Partiendo de la revisión global propuesta en la subsección 1.1., los gobiernos y las organizaciones de las regiones identifican y acuerdan qué organización u organizaciones regionales (o una combinación de ellas) dirigirán las funciones clave a nivel regional, y colaboran para garantizar la existencia de mandatos y financiación pertinentes. Las vías concretas para lograrlo variarán y deberán determinarse y acordarse a escala regional.
- Las organizaciones mundiales y sus oficinas regionales respetan el papel central de las organizaciones regionales y el principio de subsidiariedad, y fomentan alianzas igualitarias con ellas.
- Los donantes adaptan la financiación y la asistencia técnica a las prioridades y estrategias regionales.



La participación de África en iniciativas globales como el Fondo Mundial y Gavi debe pasar de ser simbólica a ejercer una influencia real y participar en la gobernanza. Esto permitirá garantizar la capacidad de acción y la representación real de África, convirtiendo la presencia simbólica en paridad real



Informe de resultados del diálogo sobre África

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Cómo deben delimitarse las regiones —por ejemplo, por geografía política, bloques económicos o redes funcionales de salud— teniendo en cuenta la superposición de afiliaciones y los distintos niveles de integración?
- ¿Cómo pueden las organizaciones regionales colaborar con sus Estados miembros en la elaboración de programas, la supervisión y la financiación sin duplicar funciones mundiales o nacionales, dado que las fronteras operativas pueden seguir siendo controvertidas y las organizaciones mundiales pueden mostrarse reacias a ceder espacio?
- ¿Qué medidas prácticas pueden adoptar las regiones para desarrollar y acordar un enfoque de provisión de bienes públicos regionales para la salud, incluida la determinación de los mecanismos más eficaces para mejorar dicha provisión?
- ¿Cómo pueden las organizaciones sanitarias regionales con niveles muy diferentes de desarrollo e integración institucional conectarse con una arquitectura sanitaria mundial coherente y rendir cuentas dentro de ella?
- ¿Qué implicaría un traspaso efectivo de funciones de las organizaciones sanitarias mundiales, incluidas sus oficinas regionales? ¿Cuáles serían las implicaciones para la gestión y las líneas jerárquicas de las oficinas regionales de la OMS?
- ¿Cómo puede fomentarse eficazmente el aprendizaje entre iguales entre las organizaciones y redes sanitarias regionales en su intento de reforzar las capacidades?

1.3. Reequilibrar las estructuras y prácticas de toma de decisiones

En todas las regiones se destacaron dos prioridades para mejorar la toma de decisiones en materia de salud global. Estas fueron:

- Reequilibrar la representación en los consejos de administración y las prácticas de gobernanza para elevar la voz y la autoridad de los PIBM.
- Integrar a la sociedad civil y a otros agentes no estatales en la gobernanza a todos los niveles.

1.3.1. Reequilibrar la composición y las prácticas de los consejos de salud global para lograr una mayor eficacia

En los diálogos hubo un consenso general de que las organizaciones sanitarias globales deben asegurarse de que sus consejos de administración sean más representativos de los PIBM, de modo que la autoridad decisoria refleje mejor los países a los que las organizaciones pretenden servir.

Los diálogos de África y Asia-Pacífico abogaron por un cambio sustantivo que logre la paridad en la autoridad y las prácticas de toma de decisiones para la gobernanza y la financiación de la salud global, que trascienda la contribución financiera y refleje mejor la carga, la participación y la responsabilidad en la salud global.

El diálogo en Europa y América del Norte apoyó una mejor representación de los PIBM en los consejos de salud global. Destaca la necesidad de lograr que las prácticas de los consejos de administración sean más eficaces y coherentes mediante la clarificación de los procesos de toma de decisiones y el refuerzo de la preparación y el seguimiento de las reuniones de los consejos, además de garantizar que las organizaciones presenten posiciones coherentes en los distintos consejos de salud global.

1.3.2. Consolidar la gobernanza inclusiva a todos los niveles

Todas las regiones coincidieron en la recomendación de institucionalizar la participación sistemática y significativa de los agentes no estatales, especialmente los de la sociedad civil y la comunidad, en la gobernanza sanitaria en todas las organizaciones y a todos los niveles, incluida la toma de decisiones y la supervisión. En el diálogo de África se abogó concretamente por la paridad de género en la gobernanza.

En dos o más diálogos se hizo hincapié en la necesidad de contar con lo siguiente:

- Mecanismos formales de participación en lugar de acuerdos informales para aumentar la transparencia y la influencia legítima.
- Coherencia y ciclos de retroalimentación en lugar de consultas ad hoc para evitar gestos simbólicos.
- Participación en todo el proceso de formulación de políticas en lugar de una participación aislada para garantizar que las decisiones respondan a la experiencia vivida.
- Institucionalizar dichos mecanismos a nivel de gobernanza sanitaria nacional, regional y mundial.

La sociedad civil, los jóvenes, el mundo académico y los grupos comunitarios y de pacientes fueron los más mencionados en los diálogos. Los diálogos sobre Oriente Medio y Asia Central y Europa y América del Norte hicieron referencia explícita al sector privado. Las partes interesadas de Oriente Medio y Asia Central insistieron además en la necesidad de contar con la participación de los refugiados.

“

Los participantes enfatizaron que se necesita una mayor representación de MECA en los foros globales para que las necesidades de la región influyan en las decisiones globales

”

Informe de resultados del diálogo sobre Oriente Medio y Asia Central

Próximos pasos propuestos:

- Grupos de reflexión independientes y la sociedad civil analizan las deficiencias existentes en la composición actual de los consejos de administración de organizaciones clave y luego consultan a gobiernos y socios para proponer nuevos objetivos de representación para los PIBM, las organizaciones regionales y la sociedad civil. Este análisis crearía una base de evidencia compartida para avanzar en los debates colectivos sobre la reforma.
- Los gobiernos autorizan la creación de un grupo de trabajo para la reforma de consejos de salud global, compuesto por representantes interregionales de los gobiernos, la sociedad civil, los financiadores y integrantes de los consejos. El grupo de trabajo estudiaría colectivamente las opciones de cambio, las disyuntivas, las limitaciones legales de los documentos constitutivos y las interdependencias entre los principales consejos de salud global con el fin de proponer un camino a seguir para mejorar la transparencia, la viabilidad administrativa y la coherencia.
- Los gobiernos y las organizaciones regionales identifican y apoyan a los defensores de la salud global de los PIBM y los pequeños Estados insulares para que se expresen y defiendan sus intereses en los foros mundiales.
- Las organizaciones mundiales y regionales incorporan o refuerzan los mecanismos formales de participación de la sociedad civil en todos los niveles de gobernanza.
- Los socios mundiales (incluidas las fundaciones y otros financiadores) y los gobiernos aportan recursos a la sociedad civil para promover una participación significativa en la gobernanza sanitaria mundial y regional.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Qué parámetros deben definir la paridad, la representación equitativa y la participación "significativa", y cómo puede alcanzarse un equilibrio adecuado?
- ¿Cómo se puede equilibrar una mayor participación con la necesidad de una toma de decisiones eficiente?
- ¿Cómo se pueden comprender y gestionar mejor las continuas expectativas de los donantes en materia de control y supervisión dentro de modelos de gobernanza más inclusivos y eficaces?
- ¿De qué modo las organizaciones sanitarias mundiales pueden hacer frente a los intereses personales y las posibles limitaciones legales (por ejemplo, en los documentos constitutivos) para reasignar puestos en los consejos de administración o el poder de voto a fin de lograr una representación más justa?
- ¿Qué medidas y procesos prácticos —por ejemplo, en la toma de decisiones y otros aspectos de la gobernanza institucional— pueden adoptar los presidentes de los consejos, la secretaría y los demás integrantes para que los consejos sean más eficaces tanto a nivel individual como colectivo?

1.4. Hacer que la rendición de cuentas sea recíproca y tenga consecuencias

Si bien las propuestas regionales para reformar los mecanismos de rendición de cuentas variaron en cuanto a su foco de atención y profundidad, se alcanzó un consenso en torno a la necesidad de hacer que dichos mecanismos fueran más recíprocos y de aumentar su credibilidad.

1.4.1. Hacer más recíprocos los mecanismos de rendición de cuentas

Los diálogos de África y Asia-Pacífico subrayaron la necesidad de ir más allá de la supervisión unidireccional de los países "receptores" y garantizar que también se realice un seguimiento de los resultados de los donantes en relación con las prioridades acordadas. Esta asimetría debe contrarrestarse activamente mediante la introducción o la consolidación de mecanismos que garanticen que todos los actores —donantes, organizaciones de financiación, gobiernos y responsables de la ejecución, entre otros— se rindan cuentas de manera recíproca con respecto a los compromisos acordados. Otras regiones se mostraron de acuerdo con ese principio, pero no lo debatieron con tanta especificidad.

1.4.2. Aumentar la credibilidad y las consecuencias de los mecanismos de rendición de cuentas

Para sustituir los insuficientes mecanismos existentes, los diálogos coincidieron en que se necesitan normas más claras, mayor transparencia, sistemas de incentivos más sólidos, así como consecuencias importantes en caso de incumplimiento, a fin de reforzar la rendición de cuentas. Si bien en los diálogos se reconoció que, a falta de un gobierno mundial, la aplicación formal suele ser políticamente poco realista, estas medidas son fundamentales para que los compromisos sanitarios mundiales sean más creíbles y vinculantes. Oriente Medio y Asia Central destacaron específicamente la necesidad de vincular los compromisos mutuos claramente articulados entre los actores mundiales, regionales y nacionales a mecanismos prácticos que puedan funcionar en contextos políticamente complejos, ampliando herramientas como los cuadros de mando públicos o los paneles de control, las auditorías independientes y la financiación vinculada a los resultados.

Próximos pasos propuestos:

- Los gobiernos, las organizaciones regionales, la sociedad civil y el mundo académico, entre otros actores, adoptan medidas específicas para cada región con el fin de reforzar, por ejemplo, la rendición de cuentas recíproca:
 - África: i) ampliar la revisión entre países, aprovechando el Mecanismo Africano de Revisión por Pares (APRM); ii) desarrollar y poner en funcionamiento mecanismos de revisión "externos" para supervisar los compromisos de las partes interesadas a nivel mundial y su aplicación con respecto a las prioridades acordadas (el Marco de Seguimiento y Rendición de Cuentas de la Agenda de Lusaka, por ejemplo).
 - Asia-Pacífico: i) establecer mecanismos sólidos de mapeo de recursos y seguimiento del gasto a nivel nacional y regional para realizar un seguimiento preciso y dinámico de la asignación y el desembolso de recursos financieros de todas las fuentes (por ejemplo, de gobiernos, organizaciones filantrópicas y ayudas); ii) desarrollar y dirigir mecanismos paralelos de seguimiento y evaluación, por ejemplo, una combinación de autoevaluación, revisión por pares, evaluación externa independiente y participación de la comunidad, con indicadores claramente definidos que estén arraigados en la consecución de la equidad sanitaria.
- Los gobiernos y las organizaciones mundiales y regionales exploran el desarrollo de normas más vinculantes e incentivos estructurados como requisito previo para futuras asociaciones de cooperación regional y mundial, como el acceso preferente a la financiación mancomunada, la cooperación técnica o las funciones de gobernanza para los actores que demuestren su alineación con las prioridades acordadas y la transparencia en la presentación de informes.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Qué compromisos externos deben ser objeto de seguimiento —por ejemplo, la financiación, la representación y los avances en las reformas— y de qué manera los indicadores pueden equilibrar la comparabilidad con la pertinencia local?
- ¿Aceptarán los principales actores —sobre todo los donantes soberanos— restricciones más vinculantes? De no ser así, ¿qué estructuras de incentivos pueden servir como reemplazo de manera eficaz?
- ¿Qué mecanismos de rendición de cuentas (normas vinculantes, incentivos y transparencia) cambiarán realmente el comportamiento en el actual clima geopolítico, y dónde pueden afianzarse de manera eficaz?
- ¿De qué manera las lecciones aprendidas del uso actual de herramientas, como los cuadros de mando públicos, los paneles de control o las auditorías independientes, pueden contribuir a un uso más eficaz en el futuro?

Además de las reformas clave en materia de gobernanza, también se determinó que una serie de reformas de la financiación eran fundamentales para la evolución eficaz del ecosistema sanitario global.

2. Financiación

2.1. Financiación nacional anticipada

Los diálogos regionales coincidieron en que los países deben liderar el aumento tanto de la cantidad como de la calidad de la financiación sanitaria nacional, así como gestionar transiciones sostenibles. Paralelamente, deben abordarse también las restricciones macrofinancieras.

2.1.1 Aumentar la cantidad y la calidad de la financiación sanitaria nacional y reorientar los sistemas sanitarios hacia la atención primaria de salud

A fin de incrementar la cantidad de financiación sanitaria, en dos o más diálogos se recomienda que los gobiernos amplíen las asignaciones presupuestarias, aumenten la base de los ingresos públicos y aprovechen la financiación privada (con salvaguardias de interés público).

Para aumentar la calidad de la financiación sanitaria, todos los diálogos subrayaron la necesidad de anclar las reformas de la financiación en la APS, con el fin de reducir la fragmentación en la prestación de los sistemas sanitarios, reforzar las capacidades institucionales en pro de una asignación de recursos eficaz y equitativa y, en ese marco, aumentar el gasto en la prevención y la promoción de la salud.

Próximos pasos propuestos:

- Los gobiernos institucionalizan el seguimiento de los flujos financieros para permitir la elaboración de informes oportunos y transparentes sobre la movilización y asignación de recursos nacionales, y refuerzan los mecanismos nacionales de rendición de cuentas.
- Las organizaciones regionales realizan un seguimiento del cumplimiento de los compromisos de financiación nacional y fomentan la responsabilidad entre los Estados miembros (por ejemplo, el seguimiento de los compromisos de la Declaración de Abuja mediante indicadores per cápita y mecanismos regionales de revisión por pares).
- Los gobiernos reorientan las reformas de la financiación nacional hacia la APS, integrando los programas verticales en una plataforma unificada y dirigiendo la inversión nacional hacia los componentes básicos de la APS, como infraestructuras, personal, servicios y medicamentos.
- Los gobiernos, con el apoyo de los socios cuando proceda, refuerzan la gestión de las finanzas públicas, las compras estratégicas y la capacidad de evaluación de las tecnologías sanitarias para mejorar la eficiencia y la equidad.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Cómo pueden los países proteger o ampliar el espacio fiscal destinado a la salud cuando los márgenes fiscales generales son escasos y las reasignaciones corren el riesgo de desplazar a otros sectores?
- ¿Qué capacidades e incentivos políticos son necesarios para garantizar la aplicación efectiva de los mecanismos de seguimiento de los compromisos de financiación nacional —como los cuadros de mando y los mecanismos de revisión entre pares— y cómo puede minimizarse el riesgo de que se produzcan manipulaciones o casos de cumplimiento superficial?

2.1.2. Gestionar transiciones sostenibles, con socios que desempeñen un papel complementario y alineado

En todos los diálogos se subrayó la importancia de una transición responsable hacia sistemas sanitarios financiados e integrados a nivel nacional, y se destacaron en particular las siguientes propuestas:

- Ampliar los requisitos de cofinanciación nacional en la cooperación sanitaria (a partir de varios diálogos).
- Utilizar plataformas nacionales de coordinación — integradas en los comités existentes de coordinación del sector sanitario— para elaborar planes nacionales de inversión en salud. Estos deberían ajustarse al "plan nacional único" (véase la siguiente subsección 2.2), mapear los recursos actuales y basarse en planes de transición explícitos para la financiación externa con el fin de trazar vías hacia la financiación nacional. Puede ser necesario ampliar los mandatos de los comités para garantizar la inclusión de todos los actores pertinentes, incluidos los ministerios de finanzas, los sectores climáticos y los grupos marginados (del diálogo Asia-Pacífico).

En términos más generales, en varios diálogos¹⁰ se subrayó la necesidad de que los planes reflejen que los países se encuentran en distintas fases de transición; en particular, muchos Estados frágiles y afectados por conflictos siguen estando lejos de la plena financiación nacional y requieren un apoyo exterior sostenido. Asimismo, los socios, incluidos los donantes, deben asegurarse de desempeñar un papel complementario que refuerce la autosuficiencia y trabajar para superar los incentivos a fin de mantener la dependencia.

Próximos pasos propuestos:

- Los gobiernos refuerzan la inversión nacional en salud y los planes de transición y los integran en los mecanismos existentes de planificación estratégica y coordinación del sector sanitario con el fin de estructurar un cambio coherente que pase de sistemas impulsados por los donantes a sistemas financiados a nivel nacional.
- Los socios alinean la financiación externa con las vías de transición definidas por los países y garantizan que la ayuda se retire de forma paulatina y coordinada, y las funciones de los socios se adaptan con el tiempo para reforzar un cambio coherente hacia la financiación nacional.
- Las organizaciones normativas, como la OMS, el Banco Mundial, el FMI, los grupos de reflexión, el mundo académico y otros, colaboran estrechamente con los gobiernos y los socios financieros para ofrecer orientaciones sobre el uso adecuado de los distintos tipos e instrumentos de financiación procedentes de fuentes nacionales y de socios, con el fin de respaldar los planes de transición.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Qué se puede aprender de las políticas de transición existentes? En concreto, ¿cómo pueden garantizar los países que los planes de transición se diseñen y apliquen de modo tal que se evite un aumento del gasto directo, deficiencias en los servicios o crisis fiscales a medida que disminuye la financiación externa?
- ¿De qué manera se puede lograr que los socios con diferentes mandatos y presiones de salida rindan cuentas con respecto al seguimiento de las vías de transición definidas por los países, de modo que su retirada sea paulatina, previsible y no perturbe los servicios ni genere crisis de financiación?

2.1.3. Abordar las restricciones macrofinancieras para desbloquear el espacio fiscal

Casi todos los diálogos destacaron de manera explícita la necesidad de afrontar las cargas insostenibles de la deuda y los costos desiguales de endeudamiento a fin de catalizar una mayor inversión nacional en salud. África se centró en los canjes de deuda, mientras que América Latina y el Caribe hizo hincapié en las herramientas de mejora del crédito (para reducir los costos de los préstamos) y en los cambios en los criterios de graduación, destacando que los criterios actuales clasifican a algunos países —como los pequeños Estados insulares en desarrollo (PEID)— como de altos ingresos, pasando por alto sus vulnerabilidades específicas. Asia-Pacífico reconoció las presiones fiscales relacionadas con el clima que también condicionan la viabilidad de la financiación sanitaria nacional. En general, los diálogos abogaron por un enfoque más matizado de los criterios de elegibilidad, guiado por factores como la vulnerabilidad humanitaria y medioambiental, la carga de morbilidad y los resultados del sector.



Con la reforma de la arquitectura sanitaria global, la justicia financiera debe integrarse en la base de la equidad sanitaria mediante el alivio de la deuda, los préstamos justos y la gobernanza fiscal equitativa.



Informe de resultados del diálogo sobre África

Próximos pasos propuestos:

- Los ministerios de finanzas y de salud colaboran entre sí y con las organizaciones intergubernamentales pertinentes (como la Comisión Económica para África de las Naciones Unidas) y el Banco Mundial, con el fin de evaluar, adaptar y, en su caso, aplicar conjuntamente acuerdos de canje de deuda que se ajusten a las prioridades sanitarias nacionales y regionales. Las lecciones aprendidas y las buenas prácticas se documentan, intercambian y difunden en las próximas Reuniones de Primavera.
- Los socios mundiales y regionales (como el Banco Mundial y otros) reevalúan el uso del nivel de ingreso como criterio principal para la financiación en condiciones favorables o la ayuda sanitaria basada en subvenciones.
- Los socios mundiales y regionales (por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo, organizaciones filantrópicas y otros) colaboran para ampliar las herramientas de mejora del crédito —como las garantías de crédito—¹¹ con el fin de reducir los costos de endeudamiento de los países y movilizar inversiones adicionales en salud.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Qué mecanismos de gobernanza son necesarios para garantizar que los compromisos de canje de deuda destinados a la salud se traduzcan en incrementos presupuestarios reales y sostenidos, en lugar de en asignaciones simbólicas o a corto plazo?
- ¿Pueden diseñarse herramientas de mejora del crédito para respaldar la inversión nacional a largo plazo sin reforzar la dependencia de la financiación exterior ni aumentar el riesgo fiscal?

2.2. Mejorar la calidad de la financiación internacional

En consonancia con la Agenda de Lusaka, todas las regiones abogaron por mayor coherencia, simplificación y previsibilidad de la financiación exterior, junto con una evolución del papel de los BMD.

2.2.1. Alinear el apoyo con las prioridades nacionales, haciendo realidad la idea de "un plan, un presupuesto, un SyE" y reforzar los sistemas integrados de APS

Todos los participantes consideraron que la apropiación por parte de los países es el principio organizativo central de la ayuda sanitaria mundial, ya que garantiza que toda la ayuda externa se ajuste a las prioridades, las estrategias y los planes definidos a nivel nacional. En virtud de la Agenda de Lusaka, esto conlleva pasar del apoyo a programas verticales específicos para enfermedades e impulsados por la oferta a sistemas y atención primaria de salud a cargo de los países¹². Los países deben liderar el diseño, la coordinación y la supervisión de un plan, un presupuesto y un marco de seguimiento y evaluación (SyE), garantizando que sean creíbles y de propiedad conjunta de los ministerios de salud y de finanzas. A su vez, los donantes deben alinear el apoyo en torno a un plan nacional, un presupuesto y un marco de SyE, en lugar de fragmentar la administración y la programación de la salud nacional.

Las partes interesadas de Europa y América del Norte señalan que los esfuerzos de alineación suelen verse paralizados cuando los planes nacionales carecen de detalles o evidencia. También reconocen que los ciclos políticos de los donantes bilaterales, las presiones vinculadas con la rendición de cuentas y las restricciones administrativas a menudo limitan la forma en que pueden alinearse en la práctica, mientras que las iniciativas sanitarias mundiales se ven limitadas por sus propios ciclos de planificación y reposición.



"La asistencia global solo funciona cuando se adapta a las prioridades nacionales. De lo contrario, fragmenta los sistemas y desvía la energía de las necesidades reales de la gente.



Participante del diálogo sobre Oriente Medio y Asia Central

Próximos pasos propuestos:

- Los gobiernos establecen y ejecutan un marco sólido de "un plan, un presupuesto, un SyE" para la salud, de titularidad compartida por el ministerio de salud y el ministerio de finanzas, con un conjunto claro de prioridades nacionales en materia de salud.
- Los gobiernos refuerzan y consolidan las plataformas de coordinación sanitaria para alinear el apoyo, a partir de los mecanismos que han tenido éxito (por ejemplo, en Ruanda)
- Los socios (incluidos los donantes multilaterales y bilaterales) se rigen por el principio de "un plan, un presupuesto, un SyE", sin adoptar planes ni pactos paralelos.
- Los socios (incluidos los donantes multilaterales y bilaterales) adoptan una mayor flexibilidad en los ciclos y acuerdos de financiación para reducir la carga administrativa sobre los países y los proyectos.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Cuál es la mejor vía para pasar de enfoques verticales a enfoques centrados en la APS, con el fin de garantizar la integración y el fortalecimiento del sistema sin menoscabar los resultados en materia de enfermedades, especialmente entre los grupos marginados?
- ¿De qué manera los países pueden reforzar su soberanía sanitaria y crear fuertes incentivos políticos, operativos y de reputación para que los donantes se alineen, de modo que la adhesión a las prioridades determinadas por los países se convierta en la norma y no en una buena práctica opcional?
- ¿De qué manera los países y los socios pueden evitar la proliferación de pactos y condicionalidades específicos de los donantes que podrían socavar los esfuerzos de alineación y coherencia?
- Ante el escaso éxito de los anteriores esfuerzos de alineación, ¿cómo pueden superarse los obstáculos de "un plan, un presupuesto, un SyE"?

2.2.2. Agrupar, integrar y simplificar la financiación internacional

En todos los diálogos, las partes interesadas coincidieron en la necesidad de ampliar los mecanismos de financiación mancomunada e integrada con el fin de reducir la fragmentación y coordinar mejor las inversiones de múltiples donantes destinadas a los sistemas sanitarios, así como a los bienes públicos regionales y globales.

Las preferencias variaron en función del enfoque y la ambición. Las partes interesadas de Asia-Pacífico hicieron hincapié en una financiación armonizada con estructuras de coordinación claras y reformas de los mandatos —entre los BMD, los donantes bilaterales, las organizaciones filantrópicas y los actores privados— para alinear las inversiones en bienes públicos regionales y globales. En el diálogo de América Latina y el Caribe se propuso un mecanismo regional mancomunado auspiciado por los BMD, diseñado para aprovechar los fondos regionales de salud existentes con el fin de respaldar los bienes públicos y la respuesta a emergencias (véase también la siguiente sección). Las partes interesadas de Europa y América del Norte apoyaron la ampliación de la mancomunación en principio, pero hicieron más hincapié en la armonización operativa, y con divergencias en cuanto al alcance: acuerdo sobre medidas "pragmáticas" —como armonizar los ciclos de financiación y el compromiso a nivel de país, alinear los modelos de asignación, establecer hojas de ruta de transición conjuntas y aclarar la división del trabajo entre Gavi, el Fondo Mundial, el Mecanismo Mundial de Financiación y el Banco Mundial—, pero ninguno sobre reformas estructurales como consejos de administración compartidos, consolidación o cláusulas de extinción. Esto también se aplica a la financiación destinada a la preparación ante pandemias, donde las preferencias variaron entre un mecanismo único y una mejor coordinación a través de múltiples instrumentos.



Las partes interesadas de Asia-Pacífico hicieron hincapié en una financiación armonizada con estructuras de coordinación claras y reformas de los mandatos —entre los BMD, los donantes bilaterales, las organizaciones filantrópicas y los actores privados— para alinear las inversiones en bienes públicos regionales y globales.



Próximos pasos propuestos:

- Los gobiernos autorizan una revisión independiente de las funciones y modalidades de financiación de los principales mecanismos de financiación regionales y mundiales, tanto en términos de apoyo a los países como de bienes públicos regionales y globales. Esta revisión permitiría determinar en qué ámbitos se superponen las funciones de financiación e identificar oportunidades y medidas de armonización, integración o mancomunación.
- Los gobiernos evalúan los resultados de esta revisión y aplican las reformas necesarias en función de las conclusiones.

Estos pasos deben estar estrechamente relacionados con el análisis de los mandatos organizativos que se establece en la sección relativa a la gobernanza (véase la subsección 1.1.).

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Hasta dónde deben llegar los mecanismos de financiación mancomunada e integrada para promover la eficiencia y la coherencia? ¿Es suficiente una armonización gradual de los ciclos de financiación y la división del trabajo, o es necesaria una consolidación estructural más profunda (como consejos de administración compartidos o funciones fusionadas)?
- ¿Existe algún conflicto entre la consolidación de los mecanismos a nivel mundial y la necesidad de dar prioridad a la apropiación por parte de los países y a la alineación con las prioridades nacionales? De ser así, ¿cómo puede mitigarse?

2.2.3. Estructurar la financiación para que sea estable y previsible

Las partes interesadas de todas las regiones coinciden en la necesidad de pasar de ciclos de financiación a corto plazo a una financiación internacional previsible y plurianual que permita a los países planificar con eficacia y reforzar sus sistemas, así como financiar de forma confiable bienes públicos de orden regional y mundial, como la preparación ante pandemias.

Por ejemplo, el diálogo africano consideró que es esencial disponer de ciclos presupuestarios más largos y mejor alineados con los de los donantes para garantizar una programación nacional eficaz y para mantener enfoques integrados y centrados en la APS. Europa y América del Norte se hicieron eco de esta necesidad y reconocieron que los donantes deben trabajar para superar sus propias restricciones políticas y administrativas, que a menudo limitan la previsibilidad; también subrayaron la importancia de contar con una financiación confiable y colectiva de la preparación ante pandemias en "tiempos de paz", en lugar de fondos de emergencia aislados. Las partes interesadas de América Latina y el Caribe destacaron la necesidad de que la financiación sea más a largo plazo para apoyar las reformas estructurales en lugar de proyectos aislados a corto plazo. Del mismo modo, el diálogo Asia-Pacífico abogó por una financiación sanitaria global orientada a largo plazo, mientras que las partes interesadas de Oriente Medio y Asia Central hicieron hincapié en los compromisos plurianuales y la transparencia.

Próximos pasos propuestos:

- Las secretarías de los principales financiadores multilaterales y regionales de la salud (supervisados y apoyados por sus consejos de administración) y los financiadores bilaterales colaboran con los gobiernos de los países y otros agentes para rediseñar los instrumentos de financiación de la salud a fin de permitir compromisos plurianuales centrados en los sistemas, alineando los ciclos y ampliando los plazos de desembolso.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Cómo pueden abordarse las restricciones jurídicas, administrativas y políticas para que los financiadores de la salud global remodelen sus instrumentos y ofrezcan una previsibilidad más estable y plurianual?
- A medida que los países se alejan de la ayuda exterior, ¿de qué modo los modelos de financiación pueden equilibrar la necesidad de contar con compromisos exteriores plurianuales previsibles con la expectativa de un aumento constante de la financiación nacional?

2.2.4. Evolucionar y potenciar la financiación de los bancos multilaterales de desarrollo destinada a la salud

A medida que la financiación sanitaria global deja atrás los programas verticales basados en subvenciones y se orienta hacia el fortalecimiento de los sistemas a largo plazo, las partes interesadas de todas las regiones destacaron la necesidad de que los BMD regionales y mundiales desempeñen un papel más importante y estratégico. Si bien existen riesgos reconocidos, como el aumento del servicio de la deuda y la financiarización, los BMD se consideran cada vez más adecuados para promover estrategias nacionales plurianuales a una escala que los donantes tradicionales no pueden alcanzar.

Las regiones destacaron distintas dimensiones. Las partes interesadas africanas hicieron hincapié en la importancia de negociar mejores condiciones de inversión con los BMD, incluida la mejora de las inversiones en servicios sociales a través de la AIF/BIRF, y de utilizar a los BMD para promover los debates sobre la graduación y las cláusulas de extinción. El diálogo de Asia-Pacífico destacó el papel de los BMD en la coordinación de las estrategias de financiación y las inversiones en bienes públicos globales y regionales, así como en la realización de un mapeo rutinario de recursos para la salud, especialmente a escala regional. Las partes interesadas de Europa y América del Norte consideraron que los BMD son fundamentales para la sostenibilidad y destacaron el fortalecimiento de la gestión de las finanzas públicas y la financiación en condiciones favorables para la APS y los sistemas.

Próximos pasos propuestos:

- Los BMD colaboran con los gobiernos y otros actores para perfeccionar sus mecanismos de financiación sostenible en condiciones favorables, dirigida por los países, con el fin de promover la equidad y eficacia de la atención primaria de salud y los bienes públicos.
- Los gobiernos, los BMD, las iniciativas globales de salud y otros actores exploran paquetes de financiación de los BMD dirigidos por los países que combinen préstamos en condiciones favorables con subvenciones destinadas a las iniciativas globales de salud y la financiación nacional con el fin de garantizar transiciones eficaces.
- Los Gobiernos, los BMD y otros actores estudian si los mecanismos regionales de financiación mancomunada anclados en los BMD para bienes públicos transfronterizos y la preparación podrían mejorar la previsibilidad de la financiación, la eficiencia y la alineación con las prioridades regionales, y de qué manera.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿De qué modo los países pueden invertir en sistemas sanitarios más sólidos sin sobrecargar las obligaciones del servicio de la deuda, y dónde debe trazarse la línea divisoria entre los préstamos en condiciones favorables y la financiación basada en subvenciones, especialmente teniendo en cuenta la capacidad fiscal diferenciada de los distintos países?
- ¿De qué manera los BMD pueden ampliar la financiación al tiempo que mitigan los riesgos de la financiarización, como la reconfiguración de los programas nacionales de salud hacia proyectos financiables a costa de sistemas de salud pública esenciales y equitativos?
- ¿Cómo pueden los países utilizar la financiación combinada —por ejemplo, subvenciones de la Iniciativa Global de Salud (GHI) combinadas con préstamos de los BMD y financiación nacional— de modo que se refuerce la apropiación nacional y se promuevan reformas integradas y a largo plazo de los sistemas sanitarios?

2.3. Crear mecanismos de financiación regionales

Los participantes en el diálogo propusieron reforzar los mecanismos regionales de financiación de bienes públicos regionales y de apoyo a los países. En consonancia con el principio de subsidiariedad¹³, se espera que situar las funciones de financiación a nivel regional mejore la autosuficiencia y la apropiación soberana, garantice la proximidad a las necesidades contextuales y facilite una actuación oportuna. Mientras tanto, esto también podría mantener una escala suficiente para generar eficiencias, fomentar la solidaridad y apoyar las inversiones regionales en bienes públicos más allá de la capacidad de los Estados individuales.

2.3.1. Reunir y coordinar diversas fuentes de financiación regional

El enfoque común consiste en agregar múltiples fuentes y flujos de financiación —presupuestos públicos nacionales, bancos multilaterales de desarrollo regionales, organizaciones filantrópicas, la diáspora, donantes bilaterales y (en su caso) capital privado— en mecanismos de financiación mancomunada que puedan coordinar las inversiones regionales en salud. Esto sirve para crear una base de recursos compartida, armonizar los flujos de financiación y promover la eficiencia, lo cual permite una inversión coherente en bienes públicos regionales y un apoyo a los países basado en la solidaridad.

En ese sentido, las regiones hicieron hincapié en distintos aspectos: el diálogo sobre África destacó la movilización de recursos procedentes de las arcas nacionales, las organizaciones filantrópicas y la diáspora hacia fondos vinculados a las Comunidades Económicas Regionales (CER) o a la Unión Africana (UA) para reducir la fragmentación y reforzar la preparación y la respuesta. Los participantes en el diálogo de Asia-Pacífico subrayaron la importancia de coordinar los flujos de los BMD, bilaterales y filantrópicos para respaldar los bienes públicos regionales, garantizando al mismo tiempo que esta coordinación no asuma funciones de establecimiento de prioridades o de implementación. Las partes interesadas de Europa y América del Norte promovieron los mecanismos regionales de financiación para la adquisición mancomunada y los compromisos de mercado anticipados en consonancia con las normas mundiales. En el diálogo con América Latina y el Caribe se propuso crear un Fondo Solidario de Salud Regional, un mecanismo de financiación catalizador y mancomunado —auspiciado por un banco multilateral de desarrollo y gestionado por los países— con el fin de coordinar y aprovechar los fondos regionales para la salud.

El fondo, capitalizado mediante impuestos relacionados con la salud y excedentes multilaterales reorientados, aumentaría la eficiencia al poner en común recursos de múltiples donantes, lo cual reduciría los costos administrativos y repartiría el riesgo financiero, además de promover la solidaridad regional al asignar los fondos donde más se necesitan, sobre todo teniendo en cuenta que muchos países ya no pueden acceder a la ayuda tradicional. Mientras tanto, los participantes de Oriente Medio y Asia Central abogaron por la creación de flujos de coinversión predecibles y anclados regionalmente, respaldados por un seguimiento compartido para coordinar la financiación de la APS y los bienes públicos regionales.

2.3.2. Incorporar principios comunes para lograr una financiación regional eficaz

Entre las características comunes de los mecanismos regionales de financiación sanitaria eficaces que se han destacado en dos o más diálogos, cabe mencionar los siguientes:

- **Liderazgo gubernamental y apropiación regional:** Los mecanismos rinden cuentas ante los gobiernos y otorgan la autoridad decisoria de forma clara a los países de la región, lo cual garantiza el control soberano y la legitimidad política.
- **Transparencia:** Los marcos de supervisión compartidos y el mapeo rutinario de los recursos garantizan un seguimiento claro y predecible de las contribuciones, las asignaciones y el rendimiento, lo cual refuerza la confianza y la rendición de cuentas en toda la región.
- **Eficiencia mediante la puesta en común coordinada** (véase más arriba).
- **La solidaridad como principio rector:** Ante la disminución o la ausencia de la ayuda tradicional en muchos países, la asignación debe garantizar que los recursos se destinen a donde las necesidades regionales sean mayores.
- **Coinversión para objetivos compartidos:** Los mecanismos deben incentivar la inversión colectiva de los países, mediante acuerdos que estimulen las contribuciones y fomenten el compromiso con las prioridades regionales.
- **Aprovechamiento e integración de las organizaciones existentes:** Aprovechar las estructuras regionales o multilaterales existentes para evitar la duplicación y maximizar la capacidad institucional. A tal fin, se podría contar con el apoyo de un BMD, reforzar un fondo continental (por ejemplo, el Fondo Africano contra las Epidemias) o trabajar a través de organizaciones subregionales.

Próximos pasos propuestos:

- En toda África, los gobiernos y las organizaciones regionales se alinean para aumentar la financiación común de la respuesta de emergencia a través del Fondo Africano contra las Epidemias.
- En toda América Latina y el Caribe, los gobiernos, los grupos de reflexión, el mundo académico y otros actores subregionales y regionales trabajan con un BMD seleccionado para explorar el diseño de un Fondo Solidario Regional de Salud, incluido su consejo de gobernanza, el modelo de capitalización y los posibles instrumentos de financiación.
- En toda la región Asia-Pacífico, los grupos de reflexión y el mundo académico colaboran con los gobiernos, los socios y las organizaciones regionales para establecer una función rutinaria y multisectorial de mapeo de recursos, alineada con las estrategias sanitarias regionales, con el fin de orientar la evolución de los mecanismos regionales de financiación mancomunada.
- Las organizaciones y los socios regionales colaboran para establecer un intercambio de conocimientos estructurado e interregional sobre los mecanismos regionales de financiación de la salud —incluidos los modelos de gobernanza y las combinaciones de ingresos— auspiciado por una plataforma neutral o un BMD.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Qué incentivos persuadirán a los gobiernos de unirse a un mecanismo regional de financiación sanitaria y cómo pueden las regiones gestionar el riesgo de que los países se mantengan al margen si los beneficios a corto plazo parecen inciertos?
- ¿Cómo se puede equilibrar la apropiación regional y un fuerte control soberano con la necesidad de interoperabilidad de los fondos mundiales y los BMD, y el compromiso con los socios externos?

Además de las prioridades comunes para la evolución de la gobernanza y la financiación de la salud, los diálogos abordaron reformas clave en materia de datos, conocimientos y desarrollo y suministro de productos.

3. Datos, conocimientos y productos

3.1. Aumentar los sistemas regionales de datos y conocimientos

Las regiones coincidieron en la urgente necesidad de reforzar los sistemas de datos y conocimientos sanitarios interoperables y gobernados a escala regional — respaldados por una sólida infraestructura digital, una clara gobernanza de los datos y un intercambio estructurado de conocimientos— que permitan disponer de evidencia confiable y una cooperación más sólida.

3.1.2. Establecer o reforzar los sistemas y centros regionales de datos digitales, con una amplia interoperabilidad

Las prioridades comunes abarcan el establecimiento de sistemas de datos gestionados a nivel regional que garanticen la soberanía nacional de los datos, que los países sigan siendo las principales autoridades en materia de recopilación, almacenamiento e intercambio. En particular, el diálogo con África puso de relieve la necesidad de garantizar los beneficios (de diversa índole, como la transferencia de tecnología) y las condicionalidades relativas a su reparto, a través del sistema de acceso a patógenos y distribución de beneficios (PABS).

En los diálogos también se puso de relieve la necesidad de crear una infraestructura digital unificada e interoperable destinada a los datos sobre resultados sanitarios, la financiación sanitaria y el rendimiento de los programas, así como la vigilancia de enfermedades. Para ello, se debe contar con el apoyo de organizaciones regionales de confianza que permitan la agregación de datos procedentes de diversos sistemas, y crear centros regionales de datos que apliquen normas armonizadas y permitan el análisis en tiempo real en todos los países. Estos últimos deben disponer de cuadros de mando digitales que garanticen la transparencia y la eficiencia en la toma de decisiones. Los participantes en los diálogos de África consideraron el papel que podría desempeñar la IA, que se concibe como la "columna vertebral" de la nueva infraestructura sanitaria digital para contribuir a la eficiencia operativa, reducir costos y aumentar la productividad.

Algunos ejemplos concretos:

- Un marco africano de datos y gobernanza en materia de salud, orientado a reforzar el intercambio de datos y los sistemas. Este marco garantizaría que los datos sanitarios africanos se almacenen, gestionen y utilicen dentro del continente para proteger la soberanía nacional y permitir su monetización mediante la adición de valor (por ejemplo, ensayos clínicos).
- Un repositorio de datos sanitarios de la ASEAN para permitir a los países del sudeste asiático comparar las inversiones en sistemas sanitarios e identificar las mejores prácticas en modelos de financiación sostenible. Los repositorios serían propiedad de los países, y su alojamiento subregional lo facilitarían los foros nacionales de múltiples partes interesadas, lo que permitiría distribuir la carga administrativa y reforzar el papel de la coordinación subregional al servicio de las prioridades nacionales.

3.1.3. Institucionalizar mecanismos estructurados de intercambio de conocimientos

Para potenciar el intercambio de conocimientos entre pares y la cooperación técnica dentro de las regiones, en los diálogos se propusieron mecanismos de intercambio más sistemáticos anclados en la gobernanza regional y apoyados en herramientas digitales.

Por ejemplo, el Centro de Innovación de LAC, propuesto a través del Diálogo sobre América Latina y el Caribe, se basaría en las considerables capacidades que ya existen en los países de la región, capacidades que a menudo están infrautilizadas o son poco reconocidas por otros. Mediante convocatorias anuales de propuestas, el establecimiento de prioridades regionales y el aprovechamiento y la ampliación de las capacidades existentes a través de intercambios estructurados entre países, el Centro haría frente a los obstáculos que actualmente socavan la cooperación técnica Sur-Sur. En la región de Asia-Pacífico, esto puede lograrse a través de centros de conocimiento regionales y subregionales que se encarguen de recopilar evidencia sobre las mejores prácticas para el aprendizaje intersectorial y entre países, aprovechando organizaciones existentes como la OMS, el Fondo Mundial, el Banco Mundial, el BAD, la ASEAN y organizaciones académicas.

Próximos pasos propuestos:

- En toda América Latina y el Caribe, los gobiernos interesados inician conversaciones preliminares con la OPS y otros socios para codiseñar el Centro de Innovación de ALC, y establecen un Comité Regional y un grupo de trabajo ad hoc para definir las prioridades.
- En toda África, los gobiernos y los socios regionales desarrollan un sistema de información de datos de África, integrado en el CDC de África como Infraestructura Pública Digital (IPD) para los países africanos.
- En Oriente Medio y Asia Central, los gobiernos y los socios regionales establecen un centro regional de datos sanitarios para permitir el intercambio transfronterizo de datos y el análisis avanzado; refuerzan los organismos regionales existentes para coordinar la vigilancia, las redes de laboratorios y la preparación transfronteriza; y establecen plataformas regionales de intercambio de conocimientos que respaldan la investigación conjunta, el seguimiento y el desarrollo de capacidades.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Cómo se puede conciliar el estricto control nacional sobre los datos sanitarios con la necesidad de un intercambio rápido y transfronterizo de los datos durante las emergencias?
- ¿Cómo se puede garantizar la coherencia dentro de las regiones y entre ellas para que los sistemas regionales fuertes estén también alineados a nivel mundial?
- ¿De qué manera las herramientas digitales y las políticas de acceso abierto pueden potenciar el uso del conocimiento sin socavar la protección de datos y la propiedad intelectual?

3.2. Configurar los mercados, mancomunar las adquisiciones y distribuir la fabricación

En todas las regiones hubo consenso en que los mercados sanitarios deben configurarse de forma proactiva para garantizar un acceso equitativo, una mayor resiliencia y una mayor soberanía regional. Esto debería incluir la adquisición mancomunada, así como una fabricación mejor regulada y distribuida y procesos normativos armonizados. También se concibió como una oportunidad para generar beneficios económicos —estimular la innovación, el crecimiento, el desarrollo industrial y la productividad— y, de ese modo, alinear los objetivos sanitarios y económicos en un marco compartido.

3.2.2. Dar forma a los mercados mediante la adquisición mancomunada y las condicionalidades progresivas

En los diálogos se hizo referencia de manera sistemática a la adquisición mancomunada, la negociación de precios y los requisitos estandarizados de los productos como herramientas esenciales para bajar los precios, garantizar la confiabilidad del suministro y ampliar el acceso, sobre todo para los países con escaso poder de negociación.

Las regiones tenían diferentes puntos de partida y puntos de vista para avanzar en este sentido a nivel regional y mundial. Las partes interesadas de América Latina y el Caribe destacaron el impacto positivo del Fondo Rotatorio de la OPS en toda la región, pero instaron a su modernización y ampliación. En el diálogo de África se recomendó poner en marcha la adquisición mancomunada a escala continental mediante el mapeo de las capacidades existentes y la puesta en marcha de proyectos piloto de adquisición mancomunada en toda la UA, así como la aplicación de enfoques establecidos por la UA para garantizar una demanda predecible.

El diálogo Asia-Pacífico recomendó alinear la adquisición mancomunada (primero a nivel subregional, como el Pacífico o la ASEAN) con las reformas financieras y los planes de transición. Las partes interesadas de Oriente Medio y Asia Central propusieron coordinar la adquisición, el almacenamiento y la logística a nivel regional con el fin de estandarizar las compras y garantizar un acceso rápido a los suministros clave en todos los países, incluso en entornos de fragilidad. En el diálogo de Europa y América del Norte se hizo hincapié en el mantenimiento de la interoperabilidad mundial y las normas compartidas para evitar la fragmentación de los mercados y el acceso; los participantes sugirieron armonizar los crecientes mecanismos regionales y, a la vez, reforzar los mecanismos mundiales, entre ellos la adquisición mancomunada, los compromisos anticipados de mercado y las cláusulas de acceso justo y temprano en las alianzas de I+D.

“
En el diálogo de Europa y América del Norte se hizo hincapié en el mantenimiento de la interoperabilidad mundial y las normas compartidas para evitar la fragmentación de los mercados y el acceso.
”

3.2.3. Afianzar las capacidades de fabricación distribuidas por medio de marcos regionales

Las regiones coincidieron en la necesidad de aumentar la capacidad de fabricación local y regional, reforzar las cadenas de suministro y armonizar los procesos normativos. Muchos consideraron que el aumento de la producción era esencial para garantizar un acceso oportuno durante las crisis y reducir la dependencia de los mercados externos.

En este contexto, surgen diferentes motivaciones y direcciones. Las partes interesadas de Oriente Medio y Asia Central se centraron en la creación de centros regionales de fabricación y logística, con el apoyo de alianzas público-privadas (APP) y la modernización de la cadena de suministro digital. Los participantes de toda África destacaron la agenda más completa: inversión en fabricación local e I+D; armonización reglamentaria en el marco de la Agencia Africana de Medicamentos (AMA); refuerzo de la cadena de suministro en el marco de la Zona de Libre Comercio Continental Africana (ZLCCAf); desarrollo de capacidades para la concesión de licencias obligatorias; y fomento de una industria autosuficiente capaz de abastecer a los mercados regionales y mundiales.

El diálogo de América Latina y el Caribe propuso la profundización de los modelos de producción conjunta, la integración regional de la cadena de suministro y el uso de mecanismos de riesgo para financiar las innovaciones sanitarias. El diálogo de Europa y América del Norte hizo hincapié en la alineación de las iniciativas de fabricación con los marcos globales, perfeccionando los procesos globales de I+D para reflejar mejor las prioridades de cada país.



África está diciendo: no solo queremos que nos suministren vacunas, queremos la capacidad de producirlas nosotros mismos... El mundo debe adaptarse a esta nueva realidad.



Participante en el diálogo sobre África

Próximos pasos propuestos:

- Los gobiernos y las organizaciones regionales llevan adelante planes regionales específicos destinados a ampliar la adquisición mancomunada.
- Las organizaciones regionales comparten las lecciones aprendidas y las mejores prácticas en materia de adquisición mancomunada entre las regiones, por ejemplo, basándose en el Fondo Rotatorio de la OPS, así como en otros modelos de éxito, y exploran oportunidades conjuntas.
- Los gobiernos y las organizaciones regionales avanzan en la armonización normativa con el fin de promover una producción regional escalable. Esto puede incluir la aceleración de las respectivas organizaciones (por ejemplo, la aplicación de la AMA), el establecimiento de acuerdos de reconocimiento mutuo y la alineación de las normas sobre productos y las vías de concesión de licencias, de modo que los productos fabricados en la región puedan circular de manera eficiente a través de las fronteras.

Cuestiones pendientes y disyuntivas:

- ¿Cómo se pueden equilibrar las funciones de adquisición mundial y regional para que las regiones puedan actuar con mayor rapidez sin fragmentar las normas ni perder las ventajas de escala de los mecanismos mundiales?
- ¿Qué instrumentos de configuración del mercado podrían aplicarse de forma más sistemática, incluso en el diseño de APP, para maximizar los beneficios de la salud pública?
- ¿De qué manera los marcos regionales de fabricación pueden generar un valor sanitario y económico compartido, mediante la alineación de la normativa y la integración de la cadena de suministro, garantizando al mismo tiempo que todos los países, incluidos los Estados frágiles o más pequeños, se beneficien equitativamente?
- ¿De qué manera las organizaciones nacionales y regionales pueden asociarse con los fabricantes y otros actores (del sector privado) para superar los obstáculos del panorama industrial actual y construir sistemas de producción eficaces?

El camino a seguir

1. Facilitadores

Llevar adelante estas reformas no será tarea fácil.

Si bien los diálogos regionales se esforzaron por alcanzar un consenso y establecer los próximos pasos concretos, sigue siendo un desafío definir el "cómo" de las reformas, sobre todo a nivel mundial.

También hubo un amplio reconocimiento de que muchas de las reformas identificadas —que incluyen la implementación de nuevas formas de trabajo, reasignaciones de poder y cambios en las narrativas fundamentales acerca de lo que es la salud global y quién debe tomar las decisiones— encontrarán resistencia, y es posible que las estructuras establecidas obstaculicen los esfuerzos de reforma o se apropien de ellos. De hecho, el propio giro hacia la regionalización refleja la dificultad de llevar adelante reformas a escala mundial.

Además, varias tendencias en el contexto económico y político mundial, en rápida evolución, también pueden limitar la aplicación de las reformas. Como se señaló en el diálogo de América Latina y el Caribe, la "crisis sanitaria global refleja un deterioro más amplio de la geopolítica y la cooperación internacional". Los esfuerzos de reforma se enfrentan ahora a un panorama fragmentado en el que el poder se reparte entre más actores, la polarización ideológica se profundiza y los modelos de orden contrapuestos y el auge del populismo nacionalista debilitan el consenso y la acción conjunta. Es poco probable que los recortes en la financiación sanitaria internacional se reviertan a corto plazo, y los acuerdos multilaterales con frecuencia están dando paso a enfoques bilaterales transaccionales.

Esta valoración debe interpretarse como realista y no como pesimista. Para tener éxito en este contexto, las reformas deben gestionarse de manera proactiva a través de un entorno geopolítico en rápida evolución. Una auténtica transformación conllevará presiones externas y nuevos enfoques más eficaces que hagan inevitable un cambio fundamental a largo plazo.

En los diálogos se señaló que los siguientes facilitadores eran susceptibles de desempeñar un papel fundamental:

1. Liderazgo de los PIBM y las regiones

Los países y regiones más próximos a la aplicación deben estar en el centro de la reforma, y los países de ingresos altos y las organizaciones mundiales deben actuar como facilitadores, respaldando las agendas de reforma dirigidas por los países y asumidas a nivel regional. La reforma del ecosistema sanitario mundial tendrá que ir de la mano de una acción conjunta para impulsar la cooperación a escala regional y nacional, que solo será posible si los países y los grupos de partes interesadas de todas las regiones del mundo participan activamente en las conversaciones sobre la reforma y las lideran.

2. Alineación política y técnica

La puesta en práctica de las reformas requerirá una interfaz eficaz entre las ambiciosas propuestas de reforma técnica, fundamentadas por expertos, y los mecanismos de toma de decisiones políticas. Dichos mecanismos deberían contar con la participación de ministros influyentes de dentro y fuera de los sectores de la salud y el desarrollo, garantizando la autoridad política de alto nivel de los ministros de finanzas y los jefes de Estado o de gobierno, junto con otros líderes regionales y mundiales. Las coaliciones deben movilizar a los defensores políticos y aprovechar los momentos y procesos políticos regionales y mundiales —como las Cumbres de la UA, las Cumbres de las Américas, las reuniones de la ASEAN, la Liga Árabe, el G20, la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) y la Asamblea Mundial de la Salud (AMS)— para impulsar la toma de decisiones y la rendición de cuentas a alto nivel en torno a propuestas técnicamente sólidas. Los presidentes y miembros de los consejos de administración de las organizaciones de salud mundiales y regionales también tendrán que intervenir para garantizar la coherencia entre las declaraciones de alto nivel y la toma de decisiones estratégicas y operativas.

3. Coaliciones dinámicas para la reforma

Unas coaliciones eficaces y ágiles serán fundamentales para avanzar. Las coaliciones regionales, como la Coalición para la Reforma Sanitaria Global de Asia y el Pacífico propuesta por el diálogo regional de Asia-Pacífico, tienen la posibilidad de proporcionar plataformas de reunión vitales para múltiples partes interesadas con el fin de establecer prioridades conjuntas y poner a prueba reformas a escala regional. Además, las alianzas entre bloques regionales —por ejemplo, para ejercer una influencia conjunta en foros mundiales como el G20— serán fundamentales para llevar adelante el programa de reformas. También deberían explorarse las oportunidades políticas para reunir a los jefes de Estado de los PIBM con los de los países donantes tradicionales. En todo momento, todos los actores deben trabajar juntos para garantizar la alineación de las iniciativas de reforma en curso y emergentes —como la Agenda de Lusaka, Accra Reset, la Plataforma de Acción de Sevilla, HEAR CSO y el proceso emergente convocado por la OMS, así como el proceso más amplio de la ONU80— a fin de garantizar que el impulso técnico y político para la reforma no se fragmente.

4. Avances rápidos y pragmáticos

La reforma es un proceso iterativo, no un salto único. Los logros rápidos serán fundamentales para generar impulso y confianza. A pesar de las cuestiones pendientes, las reformas deben iniciarse de forma gradual, en lugar de esperar a que haya total claridad y consenso. Las reformas prioritarias en materia de gobernanza, financiación y otros ámbitos clave deben ponerse en práctica mediante acuerdos pragmáticos entre diversos actores, basados en beneficios claros y compartidos que favorezcan la cooperación. Las reuniones sanitarias regionales y mundiales deben servir para compartir los primeros resultados de la reforma, crear coaliciones y mantener el compromiso.

“

La reforma es un proceso iterativo, no un salto único. Los logros rápidos serán fundamentales para generar impulso y confianza.

”

2. Llamado a la acción

En la sección IV se plantean los próximos pasos clave necesarios para garantizar la reforma del ecosistema sanitario mundial en áreas temáticas críticas. Su puesta en práctica requerirá un esfuerzo colectivo, por lo que en esta sección se resumen las acciones clave necesarias en los grupos de partes interesadas, tal y como se puso de relieve en los diálogos regionales. No pretenden ser exhaustivas, y otros agentes, como las organizaciones filantrópicas y el sector privado, también tendrán un papel fundamental que desempeñar.

1. Gobiernos: Establecer y poner en práctica una línea de actuación común para la reforma, reforzar y alinear la financiación en torno a un plan y permitir la descentralización donde aporte valor añadido.

- Seguir impulsando los avances en los compromisos de la Agenda de Lusaka, entre ellos:
 - [Gobiernos de PIBM] Movilizar nuevos fondos para la transición hacia la financiación nacional de los sistemas sanitarios y reorientar la prestación hacia la APS.
 - [Gobiernos de PIBM] Institucionalizar "un plan, un presupuesto, un SyE", bajo la responsabilidad conjunta de los ministerios de salud y de finanzas; reforzar las plataformas de coordinación de donantes.
 - [Gobiernos donantes] Poner en práctica "un plan, un presupuesto, un SyE". Rediseñar los instrumentos de financiación bilateral y adoptar ciclos y acuerdos más flexibles para reducir la carga administrativa de los países y posibilitar compromisos plurianuales centrados en los sistemas, con ciclos alineados y plazos de desembolso más largos.
- [Todos los gobiernos] Reconocer el papel vital de los diferentes actores, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la gobernanza sanitaria, y ofrecer mecanismos de participación efectiva a nivel nacional, regional y mundial.
 - [Todos los gobiernos] Autorizar revisiones independientes y establecer mecanismos de toma de decisiones basados en evidencia y con plazos concretos con los siguientes fines:
 - Acordar medidas para simplificar las funciones, los mandatos y las modalidades de financiación de las organizaciones mundiales y entre las organizaciones mundiales y regionales (incluidas las instituciones de financiación regionales y mundiales).

- Acordar una hoja de ruta para la transferencia previsible y escalonada de mandatos, derechos de decisión y recursos adecuados a las organizaciones regionales.
- Estudiar las opciones de cambio, las restricciones legales y las disyuntivas para mejorar la representación y las prácticas de los principales consejos de salud mundiales y proponer un camino a seguir.

2. Organizaciones regionales: asumir funciones más claras, crear sistemas compartidos y armonizar los mercados.

- Trabajar en conjunto, y con los gobiernos, con los siguientes fines:
 - Identificar y acordar qué institución o instituciones regionales dirigen qué funciones sanitarias clave y garantizar la autoridad de toma de decisiones y la financiación estable necesaria para la prestación (incluida la procedente de mecanismos de financiación regionales, como los BMD y otros).
 - Crear plataformas regionales de datos y evidencia que permitan el intercambio y el análisis transfronterizos al servicio de las estrategias regionales.
 - Ampliar las adquisiciones mancomunadas, teniendo en cuenta modelos probados (el Fondo Rotatorio de la OPS, por ejemplo) y compartiendo lecciones entre regiones para mejorar la previsibilidad y el aprovechamiento de los recursos.
 - Aumentar la producción conjunta de suministros sanitarios mediante el avance de la armonización normativa y otras medidas.

3. Organizaciones mundiales: simplificar, respaldar a los agentes regionales, alinearse con los planes nacionales y fijar los instrumentos de financiación.

- [Todos] Respetar las organizaciones regionales y permitir de forma proactiva la subsidiariedad: asociarse de forma equitativa, alinear la asistencia técnica y la financiación a las estrategias regionales y ceder espacio para delegar funciones; reforzar la rendición de cuentas y la coordinación con las organizaciones regionales.
- [Organizaciones mundiales de salud] En consonancia con la Agenda de Lusaka, adoptar ciclos de financiación más flexibles y a largo plazo y acuerdos mancomunados para reducir la carga administrativa de los países y poner en práctica "un plan, un presupuesto, un SyE".

- [Organizaciones mundiales de salud] Trabajar conjuntamente y con los gobiernos para simplificar los mandatos y acuerdos organizativos (véase más arriba).
- [BMD] Trabajar con los gobiernos y los socios para revisar y simplificar las modalidades de financiación, así como perfeccionar y ampliar los instrumentos de financiación en condiciones favorables a largo plazo y centrados en los sistemas que complementen los recursos nacionales y de otro tipo (incluidas las subvenciones de la GHI), bajo un claro liderazgo de los países, sin exacerbar la financiarización ni las cargas insostenibles de la deuda.
- [Instituciones financieras internacionales] Hacer frente a las restricciones de espacio fiscal inequitativas, incluida la reconsideración de los criterios de elegibilidad basados en el nivel de ingresos que pasan por alto vulnerabilidades críticas (como se observa, por ejemplo, en el caso de los PEID), y trabajar con los gobiernos, las organizaciones filantrópicas y los BMD regionales para ampliar las herramientas catalíticas de mejora del crédito (por ejemplo, garantías de préstamos) a fin de reducir los costos de endeudamiento.

4. La sociedad civil, los grupos de reflexión y el mundo académico: reforzar la voz, la evidencia y la rendición de cuentas.

- [Sociedad civil] Abogar por la gobernanza sanitaria a todos los niveles y ejercer una participación significativa en ella, fomentando la transparencia y la rendición de cuentas para lograr resultados y procesos equitativos.
- [Todos] Colaborar con los gobiernos y otros actores para proponer metas de representación regional y de los PIBM basadas en evidencia, así como mecanismos de participación equitativa en los consejos de salud mundiales.
- [Grupos de reflexión y mundo académico] Aportar análisis y reflexiones que puedan servir de base a los gobiernos y a las organizaciones sanitarias mundiales para que elaboren conjuntamente orientaciones claras sobre los instrumentos de financiación destinados a las transiciones, con el fin de adecuar las fuentes nacionales y de los socios (incluidos los BMD y las organizaciones filantrópicas) a las necesidades de financiación.
- [Todos] Emplear el mapeo de los flujos de financiación sanitaria para garantizar la rendición de cuentas por parte de los actores y dar forma a la evolución de acuerdos de financiación eficaces y equitativos a escala nacional, regional y mundial.

3. Preguntas clave para avanzar

Como ya se ha indicado, la labor conjunta para llevar adelante la reforma sanitaria global debe comenzar ahora. Sin embargo, aunque no debemos permitir que las cuestiones pendientes nos disuadan de actuar, también debemos tener claro dónde se necesitan más análisis y deliberaciones para garantizar un camino claro y unificado hacia el futuro.

En la sección IV se destacan las cuestiones concretas pendientes para cada área de reforma. En conjunto, también apuntan a un grupo más amplio de cuestiones subyacentes que requieren un examen ulterior urgente:

1. ¿Existe consenso sobre una visión del ecosistema sanitario mundial que abarque la coordinación internacional, la asistencia externa y la provisión de bienes públicos regionales y globales, con el fin de mejorar los resultados sanitarios y aportar valor colectivo para todos?
2. ¿Las funciones expuestas en la sección III reflejan adecuadamente las funciones clave de un ecosistema sanitario global replanteado? ¿Existe acuerdo sobre el equilibrio de funciones propuesto entre los niveles regional y mundial?
3. Dentro de cada nivel, ¿dónde debe recaer la responsabilidad de cada una de estas diferentes funciones? ¿Cómo se pueden aclarar los mandatos de las organizaciones y, en caso necesario, reforzar las capacidades institucionales para garantizar un ecosistema simplificado, coherente y eficaz?
4. ¿Qué otra información —por ejemplo, sobre los costos de oportunidad o las disyuntivas de las distintas hipótesis de reforma— se necesita para fundamentar la priorización y la secuenciación de las reformas?
5. ¿Qué decisiones deben tomarse, dónde y quién debe tomarlas, para llevar a cabo las reformas clave? ¿Cómo pueden utilizarse los distintos procesos y foros a diferentes niveles para llevar adelante el cambio?
6. ¿Qué acciones deben tomar los diferentes grupos de partes interesadas para lograr el progreso? ¿Cómo puede perfeccionarse, reforzarse y ponerse en práctica el llamado a la acción expuesto anteriormente?

Será fundamental que los próximos debates sobre la reforma sanitaria regional y global se centren en abordar progresivamente estas cuestiones.

4. Conclusión

El cambio sustantivo en la salud global es inevitable. No se trata de si el sistema cambiará. La cuestión radica en cuándo, en qué dirección y quién configura este futuro sistema. Esto exige una reflexión y una acción colectivas. Como complemento de otras iniciativas a escala regional y mundial, este artículo ofrece un aporte para responder a estas preguntas.

Gobiernos y organizaciones no gubernamentales de más de 114 países hicieron oír su voz en una deliberación exhaustiva y sistemática. Debatieron cómo debería ser el futuro sistema y cómo alcanzarlo. Con el fin de aprovechar la inteligencia colectiva en todo el mundo y garantizar que todos los países y regiones —en particular los PIBM— tengan una voz firme a la hora de trazar el camino a seguir, estos debates se celebraron simultáneamente en América Latina y el Caribe, África, Europa y América del Norte, Oriente Medio y Asia Central, y Asia-Pacífico. Participantes diversos y expertos, procedentes de estas regiones y residentes en ellas, evaluaron detenidamente las prioridades de reforma y se pusieron de acuerdo al respecto.

En conjunto, estos diálogos establecen próximos pasos claros, centrados en trasladar el poder y la toma de decisiones del nivel mundial a los países y regiones para construir un ecosistema sanitario mundial más receptivo y equitativo, descentralizado pero interconectado. También destacan una serie de cuestiones críticas pendientes. Su resolución, así como el éxito de las iniciativas de reforma sanitaria global más amplias que están en curso, depende ahora de que se trabaje conjuntamente y se aprovechen los conocimientos compartidos, con la participación significativa de todas las regiones como coarquitectos. La reforma del ecosistema sanitario mundial requiere un esfuerzo coherente y alineado entre regiones y grupos de partes interesadas para aprovechar la oportunidad actual y ofrecer un ecosistema sanitario global que pueda satisfacer las necesidades sanitarias de hoy y de mañana.



No se trata de si el sistema cambiará. La cuestión radica en cuándo, en qué dirección y quién configura este futuro sistema.



Notas finales

1. [Seguimiento de la cobertura universal de salud: informe de monitoreo mundial 2025](#).
2. A menudo se entiende que abarca los sistemas, las estructuras, las instituciones, las normas y los procesos que orientan, coordinan, financian y ejecutan colectivamente los esfuerzos destinados a mejorar los resultados sanitarios a escala mundial, incluidos los mecanismos y las instituciones regionales y globales multilaterales y plurilaterales, así como las alianzas bilaterales, entre otros actores.
3. Estos diálogos fueron precedidos por [cinco propuestas provocadoras de una arquitectura sanitaria global replanteada](#) presentadas por líderes de opinión, que se utilizaron, junto con muchos otros aportes, para dar inicio a los debates.
4. [Diálogo de América Latina y el Caribe sobre la reforma de la arquitectura sanitaria global: Documento sobre los resultados de los diálogos](#)
5. [Repensar la Reforma Sanitaria Global en la región de Asia y el Pacífico: Diseñada a nivel nacional, coordinada a nivel regional y alineada a nivel mundial. Informe final](#).
6. [Diálogo regional de África sobre la reforma de la arquitectura sanitaria global. Artículo sobre resultados](#)
7. [La reforma de la arquitectura sanitaria mundial. Prioridades y perspectivas del Diálogo Regional de Europa y América del Norte](#)
8. [Diálogo regional de Oriente Medio y Asia Central sobre la reforma sanitaria global](#)
9. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
10. Esta cuestión se planteó especialmente en los diálogos sobre Oriente Medio y Asia Central, así como sobre Europa y América del Norte.
11. Las garantías de préstamos constituyen capital catalizador o en condiciones favorables destinado a compartir el riesgo de una inversión de deuda y atraer capital adicional. (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/164f0203d738919baef24f0a1a2fb788-0140022024/original/Development-Bank-Working-Group-Joint-Roadmap-JUNE-12-2024-FINAL.pdf>)
12. Esto se destaca en particular en los diálogos sobre África, Europa y América del Norte, así como Oriente Medio y Asia Central.
13. El diálogo entre Europa y América del Norte expresó su apoyo general a la subsidiariedad, la apertura a una mayor regionalización y el aprovechamiento de los bancos regionales de desarrollo y otros mecanismos de financiación. Sin embargo, la región no debatió en detalle los mecanismos específicos de financiación regional.
14. Para obtener más información sobre el proyecto Health Architecture Reimagined Civil Society Organizations: <https://hearco.org/>

Socios

África:



Asia-Pacífico:



Saw Swee Hock
School of Public Health



Europa y América del Norte:



América Latina y el Caribe:



THE UNIVERSITY OF THE WEST INDIES

Oriente Medio y Asia 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**

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