



BRIEFING 2

Financiamiento Sostenible

BRIEFING 2

Sustainable Financing

1. Retos identificados

A. Crisis y contracción del financiamiento externo

La región enfrenta una reducción sustancial de los flujos de cooperación no reembolsable, debido a que se percibe como cada vez menos atractiva para donantes globales que priorizan África y Asia.

- **Reducción de fuentes tradicionales:** Agencias y programas que antes aportaban recursos importantes han reducido o suspendido sus operaciones en algunos países
- **Dependencia volátil:** El financiamiento que llega está fuertemente sujeto a las fluctuaciones de la política de países cooperantes. La cooperación ahora viene principalmente como créditos con condiciones, frecuentemente para proyectos específicos como la construcción de hospitales, lo que limita la flexibilidad y aumenta la deuda.
- **Problema de graduación y renta media:** Existe una gran incertidumbre debido a la voluntad de algunos organismos de “graduar” a los países. La región no es “suficientemente pobre para recibir cooperación ni suficientemente rica para sentarse en la mesa de tomadores de decisiones”. Esto resulta en la pérdida de cooperación no reembolsable y de condiciones financieras favorables.
- **Vulnerabilidades desatendidas:** Los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo (PEIDs) son clasificados como de “altos ingresos” a pesar de que deben invertir importantes recursos anualmente en recuperarse de los daños causados por emergencias climáticas y desastres naturales.
- **Financiamiento Sur-Sur inexistente:** Uno de los grandes temas es cómo financiar la cooperación internacional y la cooperación Sur-Sur, ya que no existen mecanismos sostenibles para la cooperación regional.
- **Cambio de prioridad:** Actualmente, la cooperación no reembolsable tiene una mirada que prioriza el cambio climático, el medioambiente y la seguridad alimentaria, dejando los temas de salud en un segundo nivel.

B. Limitaciones estructurales del financiamiento nacional

- **Brecha de recursos estructurales:** Los presupuestos de salud en muchos países no alcanzan el 5 % del PIB recomendado. Países que invierten solo el 2 al 4 % del PIB no lograrán cubrir sus necesidades.
- **Falta de sostenibilidad:** Los proyectos con financiamiento externo carecen de un panorama sostenible, ya que, al retirarse la organización cooperante, “se pierde todo”.
- **Resistencia política a nuevos impuestos:** La introducción de impuestos destinados a financiar programas de salud enfrenta alta sensibilidad social y política. Para que sean aceptados, el beneficio sanitario debe estar claramente demostrado y comunicado; de lo contrario, pueden desencadenar oposición o protestas.
- **Débil cultura filantrópica local:** A diferencia de otras regiones, existe una escasa tradición de donaciones privadas o filantrópicas hacia causas de salud pública o desarrollo social, lo que reduce las fuentes alternativas de financiamiento.
- **Problemas de confianza:** Existe un historial de problemas de confianza y corrupción, incluyendo la malversación de donaciones en dinero.

C. Ineficiencia y problemas de gobernanza

- **Fragmentación y duplicidad:** Múltiples cooperantes trabajan en las mismas áreas geográficas sin coordinación, generando ineficiencia en el uso de recursos escasos.
- **Desalineación de prioridades:** El grueso de la asistencia se concentra en 2 o 3 enfermedades, mientras que la carga real de enfermedad ha virado hacia temas grandes como desnutrición crónica, enfermedades crónicas y salud mental, donde no hay una respuesta suficiente.
- **Programas verticales:** El financiamiento a través de programas verticales (ej. Global Fund) es criticado por ser muy específico y “dejar colgados” a los sistemas de salud cuando se retiran, sin transferencia de conocimiento.
- **Falta de mandato de alto nivel:** El problema central es de gobernanza, no de financiación. Las plataformas actuales son limitadas para que presidentes, primeros ministros y ministros de finanzas tomen decisiones vinculantes a nivel regional.

- **Ausencia de mecanismos vinculantes:** El sistema de cooperación internacional en salud carece de mecanismos vinculantes y sanciones efectivas, funcionando de manera caótica en comparación con el sistema bancario o de aerolíneas.
- **Burocracia:** Los fondos a menudo terminan sosteniendo burocracias en lugar de generar impacto en el terreno.

2. Propuestas identificadas

A. Mecanismos innovadores de financiamiento

- **Impuestos a productos nocivos:** Existe apertura y consenso para imponer impuestos a productos nocivos para la salud (tabaco, alcohol, bebidas azucaradas, ultraprocesados). Se requiere la armonización regional de estos impuestos.
- **Fondos regionales y de contingencia:** Crear fondos de emergencia regionales para respuesta rápida a crisis sanitarias. Se propone expandir y potencializar el modelo del Fondo Rotatorio a otras áreas, dándole reingeniería financiera para que pueda ofrecer garantías y operar desde el día uno.
- **Inversión privada y venture capital:** Explorar mecanismos de capital riesgo para innovaciones en salud que puedan generar retornos y reinversión. Se propone integrar a todos los sectores, incluyendo cámaras de comercio, industrias y turismo.
- **Financiación catalítica vinculada a resultados:** Vincular el financiamiento a logros específicos y medibles en áreas de gran retorno a la inversión, asociados con metas de calidad (ej. tiempo de cirugía en cáncer de mama).
- **Nuevas fuentes de ingreso regional:** Sugerencias incluyen aumentar impuestos al turismo y explorar un modelo de inversión multilateral aplicado al sector salud, que genere dividendos para los países participantes.
- **Filantropía local y regional:** Articular fundaciones filantrópicas locales (que solo invierten en sus países) para programas regionales.
- **Instrumentos financieros para emergencias:** Diseñar instrumentos para respuesta a pandemias “en tiempos de paz” que estén preaprobados y listos para activarse sin necesidad de negociación durante una crisis.

B. Reforma de la arquitectura financiera y de gobernanza

- **Reforma de bancos multilaterales:** Se propone el concepto de "Fair International Financing" y que bancos como el Banco Mundial, BID y CAF deben enfocarse en el financiamiento de largo plazo para reformas estructurales, no solo programas puntuales.
- **Revisión de criterios de graduación:** Es crucial revisar los criterios que etiquetan a países (como los PEIDs) como de altos ingresos, para considerar sus vulnerabilidades especiales y mantener el acceso a financiamiento concesional.
- **Mayor apropiación nacional:** Devolver y exigir el mandato a los gobiernos nacionales, quienes deben ser responsables de financiar su propia salud.

C. Eficiencia y coordinación del gasto

- **Armonización de cooperantes y procesos:** Los cooperantes deben establecer estructuras de exigencias a los gobiernos que sean similares y de cumplimiento obligatorio para evitar la duplicación. Los grandes actores deben unirse y alinear sus procesos para que sean más country-driven.
- **Compras consolidadas regionales:** Expandir los mecanismos de compra conjunta más allá de vacunas y medicamentos para obtener economías de escala.
- **Tercerización de compras:** Contratar empresas privadas para fondos rotatorios que permanentemente busquen mejores precios y mayor número de proveedores.
- **Reducción de burocracia:** Reducir costos administrativos y consolidar oficinas duplicadas para liberar recursos, buscando una estructura "extraordinariamente liviana".
- **Cooperación Sur-Sur:** Mirar las cooperaciones Sur-Sur como una herramienta significativa.
- **Hub Regional de Suministros:** Crear almacenes regionales para distribución de equipos de protección personal (PPE) y vacunas.

3. Puntos de tensión y convergencia

A. Áreas de convergencia

1. **Urgencia y sostenibilidad:** Existe consenso universal sobre la crisis de financiamiento y la necesidad de buscar fuentes estables y sostenibles, ya que el modelo actual no es viable.
2. **Gobernanza sobre financiación:** Hay un amplio acuerdo en que el problema central reside en la gobernanza (cómo se toman las decisiones y se decide el uso del dinero) más que en la simple cantidad de fondos. Las decisiones deben involucrar a presidentes y ministros de finanzas.
3. **Mecanismos innovadores y diversificación:** Existe un amplio apoyo para explorar asociaciones público-privadas y otros mecanismos creativos para diversificar las fuentes más allá de los donantes tradicionales.
4. **Coordinación y compras regionales:** La fragmentación actual es ineficiente y debe reducirse. Fortalecer los sistemas de compras y adquisiciones regionales es crucial para lograr economías de escala.
5. **Rol del sector privado:** Hay coincidencia en que el sector privado debe jugar un rol en el financiamiento, siempre que haya transparencia y se eviten conflictos de interés.

B. Tensiones identificadas

1. **Soberanía vs. condicionalidad y eficiencia:** Existe tensión entre aceptar fondos que vienen con condiciones (que pueden mejorar resultados) y la necesidad de mantener la autonomía y soberanía nacional en las decisiones de salud. Esto se refleja en el dilema de armonizar impuestos regionales (ej. tabaco) versus la resistencia por mantener la soberanía fiscal.
2. **Rol y ética del sector privado:** Aunque se reconoce su necesidad, existe preocupación sobre el riesgo de captura y conflictos de interés. Se destaca que la razón de existir del sector privado "no es mejorar la salud, es mejorar el bottom line".
3. **Inversión vs. donación/gasto:** Se mantiene el debate sobre si el financiamiento debe ser principalmente donaciones, créditos blandos o inversiones con retorno esperado. Existe una tensión entre quienes ven la salud como una inversión y quienes la ven como un gasto.

4. **Vertical vs. horizontal:** Persiste el debate sobre si se debe mantener el financiamiento enfocado en enfermedades específicas o si se debe transitar hacia el fortalecimiento integral y horizontal de los sistemas de salud.
5. **Equidad vs. capacidad de pago:** Tensión sobre cómo establecer un modelo de contribuciones regionales, ya que no puede ser una cuota fija cuando las capacidades nacionales son muy diferentes.

C. Contradicciones identificadas

- **Priorización nacional:** Todos los actores reconocen la crisis de financiamiento, pero pocos países priorizan significativamente aumentar el gasto público en salud en el contexto actual.
- **Burocracia:** Se critica la burocracia de los organismos internacionales, pero a la vez se propone crear nuevos mecanismos que podrían generar más burocracia.
- **Filantropía:** Se busca atraer filantropía internacional sin desarrollar adecuadamente la filantropía local.

4. Preguntas propuestas para los grupos de trabajo

Seleccione las preguntas que mejor se alineen con los objetivos del grupo.

Grupo de trabajo 1: gobernanza, mandato político y arquitectura

1. ¿Cómo crear un **mandato político de alto nivel** para el financiamiento de salud que involucre a presidentes y ministros de finanzas?
2. ¿Qué plataforma regional podría tomar **decisiones vinculantes** sobre financiamiento para bienes públicos regionales?
3. ¿Cómo diseñar mecanismos de financiamiento que sean **legalmente vinculantes con sanciones efectivas**, similar a los sistemas bancarios o de aviación internacional?
4. ¿Cómo pueden los bancos multilaterales reformarse para ser más *responsive* a las necesidades regionales de salud?

5. ¿Cómo equilibrar condicionalidades que mejoren efectividad con respeto a **soberanía nacional** en decisiones de salud?.
6. ¿Qué mecanismos de coordinación entre financiadores han funcionado y cómo escalarlos?

Grupo de Trabajo 2: Fuentes Innovadoras y Sostenibilidad

1. ¿Qué rol deben jugar los *sin taxes* y otros **impuestos innovadores** en el financiamiento de salud regional?
2. ¿Cómo **armonizar impuestos a productos nocivos** (tabaco, alcohol, ultraprocesados) sin vulnerar la soberanía fiscal de cada país?
3. ¿Cuál debe ser el **balance** entre financiamiento doméstico, regional e internacional en la nueva arquitectura?
4. ¿Es viable replicar el modelo de inversión multilateral (tipo Itaipú) en el sector salud?
¿En qué áreas específicas?
5. ¿Cómo asegurar que la **filantropía local** (ej. fundaciones que operan solo en sus países) invierta regionalmente?
6. ¿Qué modelo de **contribuciones nacionales a fondos regionales** de salud sería equitativo considerando las grandes diferencias en capacidades económicas?

Grupo de trabajo 3: eficiencia, compras y emergencias

1. ¿Cómo diseñar **instrumentos financieros para emergencias** que estén preaprobados y listos para activarse sin negociación?
2. ¿Cómo optimizar el Fondo Rotatorio de OPS para que genere **economías de escala reales** sin captura por pocos proveedores?
3. ¿Cómo transitar de financiamiento por enfermedades específicas a **fortalecimiento integral de sistemas**?
4. ¿Qué mecanismos institucionales se necesitan para asegurar que fondos de emergencia estén disponibles y se **coordinen efectivamente** durante crisis?
5. ¿Cómo reducir **costos de transacción y burocracia** en el acceso a financiamiento internacional?

6. ¿Qué papel pueden jugar bonos de salud, **seguros regionales con portabilidad** u otros instrumentos financieros innovadores?.
7. ¿Qué rol debe jugar la cooperación Sur-Sur en el financiamiento y cómo formalizarlo sin replicar estructuras Norte-Sur?.

Grupo de Trabajo 4: Sector Privado, Equidad y Rendición de Cuentas

1. ¿Qué **marcos regulatorios** se necesitan para participación efectiva y ética del sector privado?
2. ¿Qué **incentivos específicos** necesita el sector privado para invertir en salud pública sin generar conflictos de interés?
3. ¿Cómo movilizar capital privado sin comprometer principios de **equidad y derecho a la salud**?
4. ¿Qué mecanismos de **rendición de cuentas y transparencia** deben acompañar las nuevas fuentes de financiamiento para recuperar la confianza de donantes y países receptores?
5. ¿Cómo revisar los **criterios de graduación** para considerar vulnerabilidades especiales de PEIDs, más allá del PIB per cápita?
6. ¿Cómo garantizar que el financiamiento priorice **equidad** sin sacrificar eficiencia?

1. Identified Challenges

A. Crisis and Contraction of External Financing

The region is experiencing a substantial reduction in non-reimbursable cooperation flows, as it is increasingly perceived as less attractive to global donors who prioritize Africa and Asia.

- **Reduction of traditional sources:** Agencies and programs that previously provided significant resources have reduced or suspended their operations in some countries
- **Volatile dependency:** The funding that does arrive is highly dependent on fluctuations in the political landscape of donor countries. Cooperation now comes mainly in the form of loans with conditionalities, often earmarked for specific projects such as hospital construction, which limits flexibility and increases debt.
- **Graduation and middle-income dilemma:** There is great uncertainty due to some organizations' willingness to "graduate" countries from aid eligibility. The region is "not poor enough to receive cooperation, nor rich enough to sit at the decision-making table." This results in the loss of non-reimbursable aid and favorable financial conditions.
- **Overlooked vulnerabilities:** Small Island Developing States (SIDS) are classified as "high-income" despite having to invest significant resources annually to recover from climate emergencies and natural disasters.
- **Nonexistent South-South financing:** A major challenge lies in financing international and South-South cooperation, as no sustainable mechanisms currently exist for regional cooperation.
- **Shifting priorities:** At present, non-reimbursable cooperation tends to prioritize climate change, the environment, and food security, relegating health issues to a secondary level.

B. Structural Limitations of National Financing

- **Structural resource gap:** Health budgets in many countries fall short of the recommended 5% of GDP. Countries investing only 2–4% of GDP will not be able to meet their needs.
- **Lack of sustainability:** Projects financed by external donors lack long-term sustainability; once the cooperating organization withdraws, “everything is lost.”
- **Political resistance to new taxes:** The introduction of taxes to finance health programs faces high social and political sensitivity. For such measures to gain acceptance, their health benefits must be clearly demonstrated and communicated; otherwise, they may trigger opposition or protests.
- **Weak local philanthropic culture:** Unlike other regions, there is little tradition of private or philanthropic donations to public health or social development causes, reducing alternative sources of funding.
- **Trust issues:** There is a historical record of mistrust and corruption, including the misappropriation of monetary donations.

C. Inefficiency and Governance Issues

- **Fragmentation and duplication:** Multiple donors operate in the same geographic areas without coordination, resulting in inefficient use of scarce resources.
- **Misalignment of priorities:** The bulk of assistance is concentrated on two or three diseases, while the actual burden of disease has shifted toward major issues such as chronic malnutrition, noncommunicable diseases, and mental health—areas where the response remains insufficient.
- **Vertical programs:** Funding through vertical programs (e.g., the Global Fund) has been criticized for being overly specific and for “leaving health systems stranded” when support is withdrawn, without knowledge transfer.
- **Lack of high-level mandate:** The core problem lies in governance rather than financing. Existing platforms are limited in their ability to bring together presidents, prime ministers, and finance ministers to make binding regional decisions.

- **Absence of binding mechanisms:** The international health cooperation system lacks binding mechanisms and effective sanctions, functioning chaotically compared to systems such as banking or aviation.
- **Bureaucracy:** Funds often end up sustaining bureaucracies rather than generating tangible impact on the ground.

2. Identified Proposals

A. Innovative Financing Mechanisms

- **Taxes on harmful products:** There is openness and broad consensus regarding the imposition of taxes on products harmful to health (tobacco, alcohol, sugary drinks, ultra-processed foods). Regional harmonization of such taxes is required.
- **Regional and contingency funds:** Establish regional emergency funds to enable rapid response to health crises. It is proposed to expand and strengthen the Revolving Fund model to other areas, providing it with financial reengineering so it can offer guarantees and become operational from day one.
- **Private investment and venture capital:** Explore venture capital mechanisms for health innovations that can generate returns and promote reinvestment. The proposal calls for the integration of all sectors, including chambers of commerce, industry, and tourism.
- **Catalytic, results-based financing:** Link financing to specific and measurable achievements in areas with high return on investment, associated with quality goals (e.g., surgical waiting times for breast cancer).
- **New sources of regional revenue:** Suggestions include increasing tourism-related taxes and exploring a multilateral investment model applied to the health sector that generates dividends for participating countries.
- **Local and regional philanthropy:** Coordinate local philanthropic foundations (which currently invest only domestically) to support regional programs.
- **Financial instruments for emergencies:** Design pre-approved “peace-time” instruments for pandemic response that can be activated immediately without negotiation during a crisis.

B. Reform of Financial and Governance Architecture

- **Reform of multilateral banks:** The concept of *Fair International Financing* is proposed, emphasizing that institutions such as the World Bank, the IADB, and CAF should focus on long-term financing for structural reforms, rather than on isolated or short-term programs.
- **Revision of graduation criteria:** It is essential to review the criteria that label countries (such as SIDS) as high-income, to account for their particular vulnerabilities and ensure continued access to concessional financing.
- **Enhanced national ownership:** Restore and strengthen the mandate of national governments, making them primarily responsible for financing their own health systems.

C. Efficiency and Coordination of Expenditures

- **Harmonization among donors and processes:** Donors should establish standardized and mandatory requirements for governments to prevent duplication. Major actors must coordinate and align their procedures to ensure a more country-driven approach.
- **Regional joint procurement:** Expand pooled procurement mechanisms beyond vaccines and medicines to achieve greater economies of scale.
- **Outsourcing procurement:** Engage private companies to manage revolving funds, continuously seeking better prices and a broader pool of suppliers.
- **Reduction of bureaucracy:** Cut administrative costs and consolidate overlapping offices to free up resources, aiming for an “extraordinarily lean” structure.
- **South-South cooperation:** View South-South cooperation as a significant and strategic tool for development and capacity building.
- **Regional supply hub:** Establish regional warehouses for the distribution of personal protective equipment (PPE) and vaccines.

3. Points of Tension and Convergence

A. Areas of Convergence

1. **Urgency and sustainability:** There is universal consensus regarding the financing crisis and the need to identify stable and sustainable sources, as the current model is not viable.
2. **Governance over financing:** Broad agreement exists that the core issue lies in governance—how decisions are made and how resources are allocated—rather than in the sheer volume of funds. Decision-making must involve presidents and ministers of finance.
3. **Innovative mechanisms and diversification:** There is strong support for exploring public-private partnerships and other creative mechanisms to diversify funding sources beyond traditional donors.
4. **Regional coordination and procurement:** Current fragmentation is inefficient and must be reduced. Strengthening regional procurement and supply systems is essential to achieve economies of scale.
5. **Role of the private sector:** There is consensus that the private sector should play a role in financing, provided that transparency is ensured and conflicts of interest are considered.

B. Identified Tensions

6. **Sovereignty vs. conditionality and efficiency:** A tension persists between accepting funds that come with conditions (which may improve outcomes) and maintaining national autonomy and sovereignty in health decision-making. This dilemma is reflected in debates such as the harmonization of regional taxes (e.g., tobacco) versus the defense of fiscal sovereignty.
7. **Role and ethics of the private sector:** While its involvement is acknowledged as necessary, concerns remain about the risks of capture and conflicts of interest. It is noted that the objective of the private sector “is not to improve health, but to improve the bottom line.”

8. **Investment vs. donation/expenditure:** Debate continues over whether financing should primarily take the form of grants, concessional loans, or investments with expected returns. There is tension between those who view health as an investment and those who regard it as an expenditure.
9. **Vertical vs. horizontal approaches:** The long-standing debate persists over whether financing should remain focused on specific diseases or transition toward the comprehensive and horizontal strengthening of health systems.
10. **Equity vs. ability to pay:** There is tension around designing a regional contribution model, as fixed quotas are not feasible given the wide disparities in national fiscal capacities.

C. Identified Contradictions

- **National prioritization:** All actors acknowledge the financing crisis, yet few countries significantly prioritize increasing public health expenditure within the current fiscal context.
- **Bureaucracy:** While the bureaucracy of international organizations is criticized, there are simultaneous proposals to create new mechanisms that could themselves increase bureaucratic complexity.
- **Philanthropy:** There is interest in attracting international philanthropy without adequately developing local philanthropic ecosystems.

4. Proposed Questions for Working Groups

Select the questions that better align with the group objectives.

Working Group 1: Governance, Political Mandate, and Architecture

7. How can a high-level political mandate for health financing be established, involving presidents and ministers of finance?
8. What regional platform could be empowered to make binding decisions on financing for regional public goods?

9. How can legally binding financing mechanisms with effective enforcement and sanctions be designed, similar to international banking or aviation systems?
10. How can multilateral banks be reformed to become more responsive to regional health needs?
11. How can conditionalities that improve effectiveness be balanced with respect for national sovereignty in health decision-making?
12. What coordination mechanisms among funders have proven effective, and how can they be scaled up?

Working Group 2: Innovative Sources and Sustainability

7. What role should *sin taxes* and other innovative taxes play in regional health financing?
8. How can taxes on harmful products (tobacco, alcohol, ultra-processed foods) be harmonized without infringing on each country's fiscal sovereignty?
9. What should be the appropriate balance between domestic, regional, and international financing in the new architecture?
10. Is it feasible to replicate a multilateral investment model (such as *Itaipú*) within the health sector? In which specific areas?
11. How can local philanthropy (e.g., foundations that operate only within their own countries) be encouraged to invest regionally?
12. What model of national contributions to regional health funds would be equitable, considering the significant differences in economic capacity among countries?

Working Group 3: Efficiency, Procurement, and Emergencies

8. How can pre-approved financial instruments for emergencies be designed so they are ready for activation without negotiation?
9. How can the PAHO Revolving Fund be optimized to achieve real economies of scale without concentration among a few suppliers?
10. How can the transition be made from disease-specific financing to comprehensive health system strengthening?

11. What institutional mechanisms are needed to ensure that emergency funds are available and effectively coordinated during crises?
12. How can transaction costs and bureaucracy in accessing international financing be reduced?
13. What role could health bonds, portable regional insurance schemes, or other innovative financial instruments play?
14. What role should South–South cooperation play in financing, and how can it be formalized without replicating North–South structures?

Working Group 4: Private Sector, Equity, and Accountability

7. What regulatory frameworks are required to ensure effective and ethical participation of the private sector?
8. What specific incentives does the private sector need to invest in public health without creating conflicts of interest?
9. How can private capital be mobilized without compromising principles of equity and the right to health?
10. What accountability and transparency mechanisms should accompany new sources of financing to rebuild trust among donors and recipient countries?
11. How can graduation criteria be revised to account for the special vulnerabilities of SIDS, beyond GDP per capita?
12. How can financing be structured to prioritize equity without sacrificing efficiency?