



BRIEFING 4

Rediseño de la arquitectura de salud global para lograr equidad en salud

Introducción

Si la arquitectura sanitaria global está llamada a transformarse, ¿cuál debería ser el principio ético que la guíe? ¿Qué valores deberían orientar el diseño de sus instituciones, las decisiones sobre financiamiento y la forma en que se distribuye el poder entre regiones, países y comunidades? ¿Podemos hablar de una arquitectura verdaderamente justa si no se define primero su propósito moral y su compromiso con la equidad?

En un contexto donde las desigualdades estructurales siguen determinando quién accede a la salud y quién queda al margen, ¿cómo puede una nueva arquitectura evitar reproducir los desequilibrios históricos y estructurales que ha heredado? ¿De qué manera puede integrar una comprensión ética de la salud que reconozca la dignidad y la interdependencia de todas las personas? ¿Qué mecanismos pueden garantizar que los principios de justicia, transparencia y responsabilidad compartida se traduzcan en práctica institucional y no solo en aspiración?

Si la equidad es el fin, ¿cuál debe ser el medio ético para alcanzarla? ¿Debe la nueva arquitectura asumir explícitamente la **reparación de las desigualdades históricas** como parte de su mandato? ¿Cómo puede articularse un principio de **solidaridad global** que no dependa de la caridad, sino del reconocimiento de una responsabilidad común? ¿Podría la **participación efectiva** de las comunidades —especialmente las históricamente marginadas— convertirse en un principio rector y no en un componente accesorio del diseño institucional?

Finalmente, si la arquitectura busca redistribuir poder y capacidad, ¿cómo debería definirse la **justicia sanitaria** en términos operativos? ¿Debería medirse solo por resultados de salud o también por el grado de autonomía, voz y autodeterminación que alcanzan los pueblos? ¿Es posible imaginar una ética de la arquitectura que reconozca la diversidad cultural, los saberes locales y la pluralidad de formas de entender el bienestar?

Estas preguntas buscan abrir una reflexión colectiva sobre cómo una arquitectura global, anclada en principios éticos claros, puede sostener una transformación genuina hacia la equidad y la justicia social en salud.

Reflexiones derivadas de las entrevistas

Fallas en la arquitectura global y la cooperación en materia de equidad

1. **Asimetrías de poder en gobernanza:** América Latina “solo ejecuta reglas que otros crean” sin participar en codecisiones ni en espacios de diplomacia sanitaria. Los países pequeños tienen menos voz en instituciones globales y regionales.
2. **Clasificación inadecuada por PIB:** El criterio de renta per cápita excluye a países con necesidades reales (ej. Argentina como *upper income*), a pesar de tener brechas persistentes de pobreza y vulnerabilidad.
3. **Vulnerabilidades especiales ignoradas:** No se reconocen las vulnerabilidades especiales de pequeños estados insulares en desarrollo (SIDS) que sufren desproporcionadamente por emergencias climáticas, logística y el impacto de crisis geopolíticas lejanas (ej. la guerra en Ucrania elevó el costo de vida hasta un 10%).
4. **Inequidad en el acceso a bienes públicos globales:** Existe una brecha en la capacidad de producción de vacunas (concentrada en Brasil). Hay asimetrías persistentes en el acceso a propiedad intelectual (PI), medicamentos e intervenciones. La PI es asumida como trabajo individual cuando es un bien de construcción colectiva.
5. **Fragmentación y asistencialismo:** La fragmentación de ventanillas y programas verticales favorecen a países con mayor capacidad de formulación. Estos programas, a menudo, funcionan bien mientras duran y luego desaparecen sin dejar capacidad instalada o transferencia de conocimiento. El financiamiento trae consigo la ideología y agenda del financiador, reduciendo la autonomía nacional.

2. Propuestas identificadas

Las propuestas buscan transformar la gobernanza, el financiamiento y la operación de la cooperación sanitaria, priorizando la equidad y el enfoque territorial.

Gobernanza y diseño institucional para la equidad

1. **Mandato explícito de equidad:** La arquitectura debe partir de la premisa de “disminuir la brecha de la desigualdad y propender a la justicia sanitaria”.

2. **Principio de subsidiariedad y descentralización:** Aplicar la subsidiariedad para garantizar que las decisiones se tomen al nivel más cercano a las poblaciones vulnerables. Fortalecer las capacidades desde y para el territorio y empoderar a las comunidades (descentralización efectiva).
3. **Consejo Coordinador de Bienes Comunes Globales:** Crear una nueva estructura de gobernanza multilateral que sirva como “sombrija protectora” para minimizar el impacto de la geopolítica en el acceso a bienes públicos (medicamentos, vacunas, tecnologías).
4. **Representación equitativa e inclusión de voces:** Asegurar que países más pequeños tengan voz proporcional a sus necesidades. Formar grupos de trabajo que incluyan a la comunidad, pacientes, organizaciones sociales, academia y ONGs de base comunitaria, no solo a los expertos y gobiernos.

Financiamiento y criterios de elegibilidad

1. **Revisión de criterios de graduación:** Es crucial revisar los criterios que etiquetan a países como de “altos ingresos”. Los nuevos criterios deben basarse en la necesidad real, no solo en el PIB per cápita, e incorporar vulnerabilidades climáticas, tamaño, dependencia económica y brechas internas.
2. **Financiamiento progresivo:** Las fórmulas de distribución de recursos deben dirigir más recursos a países y regiones con mayor necesidad.
3. **Mecanismos de cofinanciamiento (*matching funds*):** Implementar mecanismos que permitan a países con voluntad política cofinanciar para acceder a fondos globales, superando la clasificación por renta.
4. **Reforma de IFIs:** Abordar las condicionalidades del FMI y el Banco Mundial que a menudo resultan en recortes al sector público y debilitan la capacidad de respuesta sanitaria.

Acceso a tecnologías y cooperación

1. **Transferencia tecnológica genuina:** Expandir la capacidad de producción de vacunas y medicamentos más allá de Brasil. Se logra transferencia tecnológica efectiva cuando hay incentivos claros, como un mercado garantizado.

2. **Mecanismos de compras colectivas:** Fortalecer y optimizar los fondos rotatorios, ya que benefician especialmente a países pequeños con menor poder de negociación. Se propone un mecanismo regional de compras colectivas (ej. OECS).
3. **Reforma de Propiedad Intelectual (PI):** Orientar sobre nichos y oportunidades para un mayor acceso a medicamentos. Reconocer las moléculas como un bien de construcción colectiva.
4. **Cooperación Sur-Sur:** Fomentar el intercambio entre países de capacidades similares, como alternativa a la cooperación Norte-Sur, para fortalecer capacidades en países más débiles.

Enfoques diferenciados y territoriales

1. **Atención primaria y enfoque local:** Priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención, ya que una atención primaria fuerte resuelve el 80% de los problemas de salud. La salud debe ser vista como local, personal, familiar y comunitaria.
2. **Interculturalidad en salud:** Proponer integrar la medicina ancestral y tradicional con el sistema formal, reconociendo su valor y la evidencia de que salvó miles de vidas durante la COVID.
3. **Estrategias para zonas de frontera:** Establecer convenios marco binacionales para formalizar la atención transfronteriza y armonizar requisitos (ej. historia clínica compartida, reconocimiento de profesionales).
4. **Libre movimiento de profesionales:** Crear el espacio legal e institucional para el movimiento libre de profesionales de salud a través de las diferentes jurisdicciones, superando las carencias en la región.

3. Puntos de tensión y convergencia

Convergencias

Existe un **consenso universal** en varios puntos críticos:

1. **Prioridad en equidad estructural:** Acuerdo unánime en que el modelo actual no aborda adecuadamente las inequidades, y que la desigualdad es el problema fundamental en América Latina y el Caribe.

2. **Fallo en criterios de ingreso:** Convergencia en que los criterios de elegibilidad basados solo en el PIB son insuficientes y deben ser revisados.
3. **Rol de compras conjuntas:** Coincidencia en que las compras conjuntas son una herramienta clave de equidad, beneficiando especialmente a los países pequeños.
4. **Enfoque territorial y APC:** Convergencia en que la **salud es local** y que el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APC) es la base para lograr equidad.
5. **Vulnerabilidades y “advocacy”:** Reconocimiento de que las crisis globales impactan desproporcionadamente a los pequeños estados y de la necesidad de “advocacy” unificada en foros internacionales.

Tensiones

1. **Equidad vs. eficiencia:** Tensión sobre si priorizar a las poblaciones más vulnerables (equidad) puede ir en contra de alcanzar un mayor número de personas (eficiencia económica). Ejemplo de invertir en enfermedades desatendidas que afectan a pocos vs. prevalentes que afectan a muchos.
2. **Universalismo vs. focalización:** Debate entre implementar políticas de cobertura universal o enfocarse en programas altamente focalizados en grupos vulnerables, con el riesgo de que estos últimos perpetúen la inequidad.
3. **Soberanía nacional vs. solidaridad regional:** Tensión entre la autonomía nacional y la necesidad de ayuda y cooperación regional. Esto se agudiza en zonas fronterizas, donde sistemas más fuertes (ej. Uruguay) atienden a zonas vecinas más débiles (ej. Brasil).
4. **Estándares globales vs. pertinencia local:** Tensión entre aplicar protocolos internacionales rígidos o adaptar el sistema a las realidades locales y la capacidad del territorio.
5. **Propiedad intelectual vs. acceso:** El debate entre proteger los incentivos para la innovación farmacéutica y garantizar el acceso equitativo a medicamentos vitales, reconociendo que las moléculas son un bien de construcción colectiva.
6. **Participación comunitaria vs. eficiencia decisoria:** La necesidad de incluir múltiples voces y cogobierno para asegurar legitimidad puede ralentizar la toma de decisiones.

Contradicciones identificadas

A pesar de la retórica de equidad, existen contradicciones prácticas:

- Se habla de equidad, pero hay pocas propuestas concretas para la redistribución de recursos entre países ricos de la región hacia los pobres.
- Se critica la exclusión de América Latina en decisiones globales, pero la región no se coordina para hablar con una sola voz.
- Se propone incluir a poblaciones vulnerables en la gobernanza, pero faltan mecanismos concretos para hacerlo efectivo y no solo simbólico.

4. Preguntas propuestas para el grupo de trabajo

A. Sobre el principio ético que debería guiar la nueva arquitectura

1. ¿Qué principio ético —equidad, solidaridad, justicia reparadora, autodeterminación, o dignidad humana— debería constituir el fundamento moral de la nueva arquitectura de salud global?
2. ¿Cómo podemos traducir ese principio ético en decisiones concretas sobre distribución de poder, financiamiento y generación de conocimiento dentro del sistema global de salud?
3. ¿De qué manera este principio puede ayudar a corregir los desequilibrios históricos entre regiones, países y comunidades, sin reproducir dependencias o jerarquías preexistentes?

B. Sobre las características estructurales necesarias para materializar ese principio

1. ¿Qué características institucionales —por ejemplo, gobernanza participativa, mecanismos de rendición de cuentas o estructuras regionales descentralizadas— son esenciales para que la equidad no sea solo un valor declarativo, sino una práctica cotidiana de la arquitectura sanitaria global?
2. ¿Cómo garantizar que las decisiones éticas y distributivas de la arquitectura se mantengan a lo largo del tiempo, incluso frente a cambios políticos, financieros o geopolíticos?



BRIEFING 4

Redesigning the global health architecture to achieve health equity

[ENGLISH]

Introduction

If global health architecture is to be transformed, what should be the ethical principle that guides it? What values should inform the design of its institutions, decisions about financing, and the way power is distributed among regions, countries, and communities? Can we talk about a truly fair architecture if its moral purpose and commitment to equity are not first defined?

In a context where structural inequalities continue to determine who has access to health care and who is left behind, how can a new architecture avoid reproducing the historical and structural imbalances it has inherited? How can it integrate an ethical understanding of health that recognizes the dignity and interdependence of all people? What mechanisms can ensure that the principles of justice, transparency, and shared responsibility are translated into institutional practice and not just aspiration?

If equity is the end goal, what should be the ethical means to achieve it? Should the new architecture explicitly take on the repair of historical inequalities as part of its mandate? How can a principle of global solidarity be articulated that does not depend on charity, but on the recognition of a common responsibility? Could the effective participation of communities—especially those historically marginalized—become a guiding principle rather than an accessory component of institutional design?

Finally, if architecture seeks to redistribute power and capacity, how should health justice be defined in operational terms? Should it be measured only by health outcomes or also by the degree of autonomy, voice, and self-determination achieved by peoples? Is it possible to imagine an ethics of architecture that recognizes cultural diversity, local knowledge, and plurality of ways of understanding well-being?

These questions seek to open a collective reflection on how a global architecture, anchored in clear ethical principles, can sustain a genuine transformation toward equity and social justice in health.

Reflections derived from the interviews

Failures in Global Architecture and Cooperation on Equity

1. **Power asymmetries in governance:** Latin America “only executes rules that others create” without participating in co-decisions or spaces for health diplomacy. Small countries have less voice in global and regional institutions.
2. **Inadequate Classification by GDP:** The per capita income criterion excludes countries with real needs (e.g., Argentina as upper income), despite persistent gaps in poverty and vulnerability.
3. **Special Vulnerabilities Ignored:** The special vulnerabilities of small island developing states (SIDS) that suffer disproportionately from climate emergencies, logistics, and the impact of distant geopolitical crises (e.g., the war in Ukraine raised the cost of living by up to 10%) are not recognized.
4. **Inequality in Access to Global Public Goods:** There is a gap in vaccine production capacity (concentrated in Brazil). There are persistent asymmetries in access to intellectual property (IP), medicines, and interventions. IP is assumed to be individual work when it is a collectively constructed good.
5. **Fragmentation and Welfare:** The fragmentation of windows and vertical programs favors countries with greater formulation capacity. These programs often work well while they last and then disappear without leaving installed capacity or knowledge transfer. Funding brings with it the ideology and agenda of the funder, reducing national autonomy.

2. Identified Proposals

The proposals seek to transform the governance, financing, and operation of health cooperation, prioritizing equity and a territorial approach.

Governance and Institutional Design for Equity

1. **Explicit Equity Mandate:** The architecture must be based on the premise of “reducing the inequality gap and promoting health justice.”

2. **Principle of Subsidiarity and Decentralization:** Apply subsidiarity to ensure that decisions are made at the level closest to vulnerable populations. Strengthen capacities from and for the territory and empower communities (effective decentralization).
3. **Global Commons Coordinating Council:** Create a new multilateral governance structure that serves as a “protective umbrella” to minimize the impact of geopolitics on access to public goods (medicines, vaccines, technologies).
4. **Equitable Representation and Inclusion of Voices:** Ensure that smaller countries have a voice proportional to their needs. Form working groups that include the community, patients, social organizations, academia, and community-based NGOs, not just experts and governments.

Financing and Eligibility Criteria

1. **Review of Graduation Criteria:** It is crucial to review the criteria that label countries as “high-income.” The new criteria should be based on actual need, not just per capita GDP, and incorporate climate vulnerabilities, size, economic dependence, and internal gaps.
2. **Progressive Financing:** Resource distribution formulas should direct more resources to countries and regions with greater need.
3. **Co-financing Mechanisms (Matching Funds):** Implement mechanisms that allow countries with political will to co-finance in order to access global funds, overcoming income classification.
4. **Reform of IFIs:** Address IMF and World Bank conditionalities that often result in public sector cuts and weaken health response capacity.

Access to Technologies and Cooperation

1. **Genuine Technology Transfer:** Expand vaccine and drug production capacity beyond Brazil. Effective technology transfer is achieved when there are clear incentives, such as a guaranteed market.
2. **Collective Purchasing Mechanisms:** Strengthen and optimize revolving funds, as they particularly benefit small countries with less bargaining power. A regional collective purchasing mechanism (e.g., OECS) is proposed.

3. **Intellectual Property (IP) Reform:** Provide guidance on niches and opportunities for greater access to medicines. Recognize molecules as a collectively constructed good.
4. **South-South Cooperation:** Encourage exchange between countries with similar capacities, as an alternative to North-South cooperation, to strengthen capacities in weaker countries.

Differentiated and Territorial Approaches

1. **Primary Care and Local Approach:** Prioritize strengthening the first level of care, as strong primary care resolves 80% of health problems. Health should be viewed as local, personal, family, and community-based.
2. **Interculturality in Health:** Propose integrating ancestral and traditional medicine into the formal system, recognizing its value and the evidence that it saved thousands of lives during COVID.
3. **Strategies for Border Areas:** Establish binational framework agreements to formalize cross-border care and harmonize requirements (e.g., shared medical records, recognition of professionals).
4. **Free Movement of Professionals:** Create the legal and institutional space for the free movement of health professionals across different jurisdictions, overcoming shortages in the region.

3. Points of Tension and Convergence

Convergences

There is universal consensus on several critical points:

1. **Priority on Structural Equity:** Unanimous agreement that the current model does not adequately address inequities and that inequality is the fundamental problem in Latin America and the Caribbean.
2. **Failure of Income Criteria:** Convergence that eligibility criteria based solely on GDP are insufficient and should be revised.
3. **Role of Joint Purchasing:** Agreement that joint purchasing is a key tool for equity, benefiting small countries in particular.

4. **Territorial Approach and PHC:** Agreement that health is local and that strengthening Primary Health Care (PHC) is the basis for achieving equity.
5. **Vulnerabilities and Advocacy:** Recognition that global crises disproportionately impact small states and the need for unified advocacy in international forums.

Tensions

1. **Equity vs. Efficiency:** Tension over whether prioritizing the most vulnerable populations (equity) may work against reaching a larger number of people (economic efficiency). Example of investing in neglected diseases that affect few vs. prevalent diseases that affect many.
2. **Universalism vs. Targeting:** Debate between implementing universal coverage policies or focusing on programs highly targeted at vulnerable groups, with the risk that the latter perpetuate inequality.
3. **National Sovereignty vs. Regional Solidarity:** Tension between national autonomy and the need for regional aid and cooperation. This is exacerbated in border areas, where stronger systems (e.g., Uruguay) serve weaker neighboring areas (e.g., Brazil).
4. **Global Standards vs. Local Relevance:** Tension between applying rigid international protocols or adapting the system to local realities and the capacity of the territory.
5. **Intellectual Property vs. Access:** The debate between protecting incentives for pharmaceutical innovation and ensuring equitable access to vital medicines, recognizing that molecules are a collectively constructed good.
6. **Community Participation vs. Decision-Making Efficiency:** The need to include multiple voices and co-governance to ensure legitimacy can slow down decision-making.

Identified Contradictions

Despite the rhetoric of equity, there are practical contradictions:

- There is talk of equity, but there are few concrete proposals for the redistribution of resources from rich countries in the region to poor ones.
- The exclusion of Latin America from global decisions is criticized, but the region does not coordinate to speak with one voice.

- It is proposed to include vulnerable populations in governance, but there is a lack of concrete mechanisms to make this effective and not just symbolic.

4. Questions proposed for the working group

A. On the ethical principle that should guide the new architecture

1. Which ethical principle—equity, solidarity, restorative justice, self-determination, or human dignity—should constitute the moral foundation of the new global health architecture?
2. How can we translate that ethical principle into concrete decisions about power distribution, financing, and knowledge generation within the global health system?
3. How can this principle help correct historical imbalances between regions, countries, and communities without reproducing preexisting dependencies or hierarchies?

B. On the structural characteristics necessary to realize that principle

1. What institutional characteristics—for example, participatory governance, accountability mechanisms, or decentralized regional structures—are essential for equity to be not just a declarative value, but a daily practice of the global health architecture?
2. How can we ensure that the ethical and distributive decisions of the architecture are maintained over time, even in the face of political, financial, or geopolitical changes?