

Volver a equilibrar la balanza: Una nueva arquitectura para la justicia sanitaria global

por Paola Abril Campos Rivera

Una perspectiva de la región
de América Latina y el Caribe



Los recientes cambios políticos y financieros plantean un desafío sin precedentes para la salud global, pero también ofrecen una oportunidad muy esperada para llevar a cabo una reforma significativa. Wellcome ha solicitado a cinco líderes de pensamiento sobre salud global de diferentes regiones que analicen qué características podría tener una arquitectura sanitaria global replanteada. Estas cinco propuestas pretenden servir como punto de partida para entablar conversaciones a nivel regional y global. No se espera que sean representativas ni estén consensuadas, sino que provoquen conversación y debate.

Este es uno de los cinco artículos encargados por Wellcome. Los artículos no son, ni pretenden ser, asesoramiento ni de Wellcome Trust ni de los autores. De ninguna manera expresamos, declaramos ni garantizamos, explícita ni implícitamente, que los artículos sean precisos, completos ni actualizados. El uso de estos artículos está sujeto a su propio juicio. Los puntos de vista y las opiniones que se expresan en cada artículo pertenecen exclusivamente a su autor y no reflejan necesariamente la política o la postura oficial de Wellcome.

Resumen ejecutivo

Esta propuesta promueve una visión audaz y necesaria para la arquitectura sanitaria global, basada en el liderazgo regional, con el apoyo de un sistema financiero global más justo y guiada por un propósito moral claro: la justicia sanitaria. La salud global con justicia demanda más que la cooperación técnica o el desarrollo de la asistencia sanitaria. Requiere de un esfuerzo deliberado por hacer frente a la exclusión, corregir los desequilibrios históricos e integrar los principios y mecanismos de equidad en el diseño y la gobernanza de las instituciones sanitarias globales para abordar los desafíos actuales, en particular, aquellos determinantes de la salud relacionados con los aspectos económicos y comerciales, y la crisis climática.

La convergencia de fallas éticas, políticas, técnicas y de prestación apunta a los límites de la arquitectura sanitaria global actual. El desafío ya no es lograr una reforma marginal, sino redefinir el objetivo y las funciones de la arquitectura. En lugar de reforzar modelos centralizados liderados por donantes, la nueva arquitectura debería funcionar como una red distribuida que empodere la gobernanza de salud regional y ponga en el centro el liderazgo del país.

Una OMS reimaginada debería retener sus funciones globales centrales —tales como el cuidado, el establecimiento de normas y la coordinación ante emergencias— a la vez que delegue a las instituciones regionales las tareas técnicas y relacionadas con las políticas. Las oficinas regionales de la OMS deberían reestructurarse para convertirse en organismos ágiles enfocados en brindar bienes públicos regionales, coordinar la cooperación Sur-Sur y brindar apoyo al establecimiento de las prioridades de cada país. Las oficinas en el país de la OMS deberían reducirse considerablemente, excepto en los casos en los que la fragilidad del sistema requiera de su presencia.

Para pasar de la ayuda a la inversión, esta propuesta llama a la adopción de los principios del Consejo de la OMS sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos y a la alineación con las agendas globales de reforma de financiación, tales como la Iniciativa Bridgetown. Propone redireccionar los fondos mundiales hacia mecanismos de financiación regionales que apoyen el fortalecimiento a largo plazo de los sistemas de salud y la producción de bienes públicos regionales.

Para América Latina y el Caribe, la propuesta esboza cuatro pasos clave: rediseñar la OPS para convertirla en un catalizador estratégico de la capacidad regional; crear el CRESALC, un centro de salud pública regional cuyo mandato, más amplio, abarque más que el control de enfermedades; lanzar el Atlas de Conocimiento de Justicia Sanitaria de LAC, una plataforma transparente de datos; y establecer el Fondo de Justicia Sanitaria de LAC para permitir las inversiones conjuntas en prioridades de salud compartidas. Juntas, estas reformas buscan cambiar el equilibrio de poder y promover el cambio estructural hacia un sistema de salud global más justo y eficaz.

Introducción

La arquitectura sanitaria global no está a la altura para responder a los desafíos globales actuales y requiere mayor rediseño y reestructuración. Si bien la arquitectura sanitaria global logró importantes resultados en el pasado (por ejemplo, las vidas que se salvaron con la respuesta al VIH y la tuberculosis), no pudo actuar bien durante la pandemia de covid-19. Mientras se descartaban vacunas en los países de altos ingresos, los trabajadores de la salud de primera línea en las naciones de bajos ingresos esperaban su primera dosis. Este fuerte contraste expuso la incapacidad de las instituciones y los procesos actuales de actuar de forma eficaz y equitativa ante una crisis sanitaria global. En lugar de corregir los desequilibrios de poder, la arquitectura sanitaria global los reforzó y respondió de formas que reflejaban las disparidades de poder existentes.¹⁻⁴ Esta situación debe corregirse.

A lo largo de las últimas dos décadas, la arquitectura sanitaria global se ha ampliado con más actores, mayor financiación y más iniciativas. Pero la expansión no ha significado coherencia. La fragmentación, la dominancia de los donantes y la rendición de cuentas deficiente han limitado la capacidad del sistema de responder a las crisis rápidamente cambiantes y a las amenazas de salud estructurales. Las tensiones geopolíticas, el creciente nacionalismo y las prioridades financieras cambiantes han complejizado aún más el panorama global y resaltan la necesidad urgente de un rediseño de las instituciones, las normas, los flujos financieros y los procesos que componen la arquitectura sanitaria global para poder abordar mejor las realidades sanitarias, políticas y ecológicas urgentes de nuestro tiempo.

Este trabajo no defiende únicamente el incremento de reformas en la arquitectura sanitaria global, sino también un cambio de paradigma que vuelva a orientar el equilibrio de poder para garantizar que todas las personas y comunidades tengan la capacidad real de alcanzar y sostener la buena salud. Esto requiere de una distribución más justa del poder, la toma de decisiones y la generación de conocimiento, a fin de que todos los países, especialmente aquellos que por mucho tiempo han sido marginados en el Sur Global y aquellos que cargan con una mayor cantidad de amenazas a la salud, como el cambio climático, tengan igualdad de oportunidades para dar forma a las funciones de una nueva arquitectura sanitaria global y puedan beneficiarse de sus funciones.

Una crisis de ética, poder y eficacia

Las reformas significativas deben comenzar con un diagnóstico claro.⁵ Identificar los problemas y sus causas es fundamental para encontrar las palancas correctas y lograr la reforma sostenible. La arquitectura sanitaria global no está en crisis únicamente debido a las brechas de financiación o las fallas de coordinación, sino que enfrenta una crisis más profunda en torno a la ética y el poder.

1. **Un desafío ético:** Existe una falta de compromiso sostenido para abordar las condiciones sociales y estructurales que dan forma tanto a la salud en general como a quiénes tienen la oportunidad de tener salud, en especial en el caso de los más vulnerables.^{6,7} A pesar de la retórica generalizada en torno a la equidad, a la arquitectura sanitaria global le faltan un marco práctico e instituciones que prioricen las necesidades de las personas en mayor desventaja.
2. **Un desafío político:** La toma de decisiones sobre las prioridades y la asignación de recursos sigue concentrada en gran parte en un pequeño grupo de Gobiernos donantes, filántropos y alianzas público-privadas dedicadas a enfermedades específicas.^{8,9} Los países de ingresos bajos y medios, junto con la sociedad civil, en ocasiones tienen un lugar en la conversación, pero en la realidad ejercen muy poca influencia.^{2,9} Esta concentración de autoridad en la definición de la agenda y el control financiero y normativo lleva a un desajuste persistente entre los flujos de financiación externos y las prioridades nacionales. También socava el aprendizaje mutuo y refuerza la dependencia en recursos externos.^{2,9} Además, muchas instituciones operan sin gobernanza transparente ni mecanismos eficaces de supervisión pública, lo que dificulta evaluar cómo se toman las decisiones o quién se beneficia de ellas.
3. **Un desafío técnico:** Los sistemas de financiación fragmentados e impulsados por los donantes crean ineficiencias, tales como canales de adquisición paralelos, misiones de asistencia técnica que se superponen y oportunidades perdidas para las economías de escala. Estas ineficiencias alejan la atención y los recursos del fortalecimiento de los sistemas a largo plazo y los orientan hacia objetivos definidos externamente y a corto plazo.¹⁰
4. **Un desafío para la prestación:** La ausencia de metas compartidas y métricas de rendimiento transversales dificultan evaluar el progreso colectivo y garantizar la rendición de cuentas. Sin un marco claro para medir el impacto, la colaboración y la coordinación siguen siendo débiles. Además, todo parece una prioridad, por lo que se dificulta medir o sostener el progreso acelerado sobre cualquier cuestión.

Esta convergencia de fallas éticas, políticas, técnicas y de prestación apunta a los límites de la arquitectura sanitaria global actual. El desafío ya no es lograr una reforma marginal, sino redefinir el objetivo y las funciones de la arquitectura.

Cambio de orientación de la arquitectura hacia la justicia sanitaria

Las enfermedades infecciosas tuvieron un papel fundamental en la definición de las bases del multilateralismo; por ejemplo, la fiebre amarilla en el continente americano dio lugar a la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1902.¹¹ En la actualidad, existe una creciente cantidad de evidencia y reconocimiento de que los factores sociales, económicos y políticos tienen un papel clave en la definición de los resultados sanitarios.¹² Los productos y prácticas de los sectores comerciales clave, incluidas las empresas de tabaco, alcohol, alimentos ultraprocesados, combustibles fósiles y farmacéutica, contribuyen al aumento de las cargas de salud evitables y la degradación ambiental.^{13,14} Al mismo tiempo, los paradigmas emergentes de una sola salud y salud planetaria están dando forma a la agenda de salud global para esta generación.¹⁵ La salud humana es inseparable de la salud del planeta y de los ecosistemas que sostienen la vida. Abordar el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y las enfermedades emergentes requiere de la colaboración entre sectores y de recursos compartidos entre los sistemas de salud humana, animal y ambiental.

Reorientar la arquitectura sanitaria global hacia la justicia sanitaria es fundamental para abordar las condiciones estructurales que dan forma a la salud de las poblaciones. Una nueva era requiere de un nuevo paradigma: uno que reoriente el poder, centre la justicia y alinee las instituciones y la financiación con la meta de justicia sanitaria. Esto exige un propósito moral claro y ambicioso que guíe a los actores y las normas de salud a nivel global. Como mínimo, la arquitectura debe poder sostener la defensa contra las injusticias de salud cada vez más marcadas. En el mejor de los casos, debe redistribuir el poder y los recursos para permitir que prosperen todas las poblaciones, en especial aquellas históricamente marginadas.

Para lograrlo, la arquitectura debe reestructurarse en torno a tres funciones centrales: producir bienes sanitarios globales que promuevan la justicia sanitaria, permitir una acción colectiva enfocada en las poblaciones más afectadas y exigir rendición de cuentas a los actores en función de normas de equidad, transparencia e inclusión. Estas funciones deben contar con el respaldo de las instituciones explícitamente diseñadas para corregir los desequilibrios de poder.

La salud global con justicia demanda mucho más que la cooperación técnica o el desarrollo de la asistencia sanitaria. Requiere de un esfuerzo deliberado por hacer frente a la exclusión, corregir desequilibrios históricos e integrar los principios y mecanismos de equidad en el diseño y la gobernanza de las instituciones sanitarias globales para abordar los desafíos actuales, en particular, aquellos determinantes de la salud relacionados con los aspectos económicos y comerciales, y la crisis climática.^{1,2,16}

Cambio del centro de gravedad

Aprovechar las instituciones regionales y generar capacidad regional permitiría a los países asumir funciones clave que por mucho tiempo se han concentrado en los actores globales, tales como establecer prioridades, generar conocimiento, brindar asistencia técnica y movilizar recursos. Este cambio asignaría mayor responsabilidad a nivel regional, pero idealmente traería consigo una inversión sostenida en las plataformas e instituciones regionales. Permitiría una mayor transparencia y legitimidad mediante el acercamiento de los encargados de la toma de decisiones con las poblaciones afectadas y el fomento de una propiedad regional más fuerte. Esta transición ya está encaminada en áreas como la producción de vacunas, en las que las iniciativas como la estrategia de fabricación regional de GAVI apuntan a fortalecer las cadenas de suministro regionales y reducir la dependencia en unos pocos productores globales. Las lecciones que surgen de la formación de la Unión Africana pueden ayudar a fundamentar los esfuerzos regionales en otros lugares, y las plataformas subregionales como CARICOM deben ser reconocidas e integradas significativamente en la nueva arquitectura.

En un mundo multipolar, una arquitectura sanitaria global distribuida, desarrollada en torno a nodos regionales empoderados, ofrece una alternativa más legítima y resiliente al modelo actual del Norte Global liderado por donantes. El desafío por delante es diseñar arreglos institucionales que no solo reorienten el poder, sino que también garanticen la rendición de cuentas, tanto a los países y las comunidades dentro de cada región, como a las normas globales de equidad, justicia y responsabilidad colectiva.

Cambio en el enfoque de la OMS

En este nuevo modelo, la OMS debería reformarse para enfocar sus esfuerzos en tres funciones principales hacia el fortalecimiento de la arquitectura sanitaria global: cuidado, establecimiento de normas y estándares internacionales, y coordinación para la preparación y respuesta ante emergencias. Estas funciones requieren de un mandato global y dependen del poder de convocatoria y la neutralidad de la organización. Sin embargo, otras funciones, como dar forma a la agenda de investigación, llevar a cabo investigaciones, articular las opciones de políticas y brindar apoyo técnico, deberían delegarse a los actores regionales. La OMS debe permitir activamente el liderazgo regional en estas áreas mediante el apoyo al desarrollo de instituciones regionales y nacionales fuertes. La generación de conocimiento debe anclarse en las instituciones regionales y a nivel país a fin de garantizar la relevancia, propiedad y capacidad de respuesta en los contextos locales.

Rediseño de las oficinas regionales y en el país de la OMS

Las oficinas regionales de la OMS deberían convertirse en instituciones más ágiles y orientadas a los resultados, enfocadas en brindar bienes públicos regionales y hacer un seguimiento del progreso. Sus funciones centrales deberían incluir el diseño de estándares regionales, el apoyo a la producción de bienes sanitarios públicos regionales y la coordinación de la cooperación técnica Sur-Sur, en reemplazo del modelo tradicional de asistencia Norte-Sur. Debe trabajar por medio y a la par de las instituciones nacionales, aprovechando el conocimiento local y fortaleciendo la capacidad regional en lugar de duplicarla.

Las oficinas regionales también deberían llevar una supervisión integral de la asistencia del desarrollo sanitario en su región y ayudar a los países a involucrar a los actores globales y las organizaciones multilaterales para alinear la financiación con las prioridades definidas a nivel nacional. Pueden llevar un registro transparente de las necesidades definidas por el país, que funcionen como guía para la financiación; al hacerlo, pueden fomentar mayor coherencia. Además, están bien posicionadas para promover y acompañar la Agenda de Lusaka, en especial en cuanto a los enfoques conjuntos para lograr la equidad en los resultados sanitarios, la coherencia estratégica y operativa, y la fabricación regional.¹⁷

Dada la creciente capacidad de las instituciones nacionales y el aumento de su dependencia en los expertos nacionales para obtener asistencia técnica, el papel de las oficinas en el país de la OMS debería reducirse considerablemente. Estas oficinas deberían conservarse principalmente en contextos de crisis humanitaria o grave fragilidad de los sistemas, en los que puedan ofrecer apoyo específico sin desplazar el liderazgo nacional.

Reformulación de la financiación sanitaria global mediante el cambio de ayuda a inversión

Promover la salud como inversión pública

La salud debe tratarse como una inversión pública a largo plazo, no como un costo a corto plazo. El proceso de volver a darle forma a un modelo más justo y sostenible de financiación sanitaria global debe comenzar con un compromiso doméstico más fuerte. Deberían adoptarse los principios definidos por el Consejo de la OMS sobre los Aspectos Económicos de la Salud para Todos para producir un cambio radical en cómo se percibe y financia la salud.¹⁸ Los Gobiernos deben aumentar el espacio fiscal mediante el retrotraimiento de las políticas de autoridad, el uso de herramientas monetarias para direccionar el crédito a la salud y la implementación de políticas de adquisición estratégicas. Para permitir esta transición, las instituciones financieras internacionales deben acompañar el alivio de la carga de la deuda, reasignar derechos de giro especiales para la inversión en salud y coordinar un impuesto corporativo mínimo justo a nivel global.

Adopción de una arquitectura financiera internacional más justa

La inversión doméstica es fundamental, pero los países no pueden tener éxito solos. El cambio significativo en la financiación sanitaria global también requiere de una arquitectura financiera internacional más justa. La Iniciativa Bridgetown¹⁹ describe las reformas clave para lograrlo: dar a los países de ingresos bajos y medios una voz más fuerte en la gobernanza de las instituciones financieras internacionales, mejorar y acelerar la reestructuración de deuda mediante un Marco Común del G20 reformado, y revisar las evaluaciones de sustentabilidad de la deuda para tener en cuenta las inversiones sociales y climáticas como impulsoras de crecimiento a largo plazo. También exige la ampliación del acceso a la financiación concesional con base en la vulnerabilidad, no solo el ingreso, y nuevas fuentes de impuestos globales progresivos, incluso sobre las emisiones de carbono y las ganancias extraordinarias derivadas de combustibles fósiles.

Establecimiento de fondos de salud regionales

La OMS debería recurrir a los fondos sanitarios globales más importantes, tales como GAVI y el Fondo Mundial, para diseñar planes de transición en 5 años que integren gradualmente sus operaciones y flujos de financiación en los fondos regionales. Al anclar estos recursos dentro de regiones en las que los vínculos políticos y la confianza institucional son más fuertes,

es más probable que los fondos se alineen con las prioridades locales, fortalezcan la rendición de cuentas y logren mayor sostenibilidad a largo plazo. Estos planes deberían incluir hitos claros para pasar la autoridad de toma de decisiones y la gobernanza financiera a los organismos regionales.

Un enfoque prometedor para generar ganancias adicionales consiste en reservar impuestos corporativos y sobre productos nocivos para la salud, tales como los gravámenes sobre el tabaco, el alcohol, los alimentos ultraprocesados y las industrias extractivas, para financiar las prioridades de salud regionales. Cuando se coordinan entre países, estos impuestos pueden reducir los determinantes de la salud comerciales nocivos y generar financiación estable para los bienes públicos regionales.

Para gestionar estos recursos eficazmente, los países deberían establecer o ampliar los fondos regionales que reúnen la financiación de múltiples fuentes, incluida la financiación para cuestiones climáticas, las contribuciones filantrópicas y los instrumentos de financiación innovadores. Las instituciones regionales deben regir estos fondos con reglas transparentes, representación equitativa y participación formal de la sociedad civil y los institutos de salud pública. Los mecanismos para las ganancias compartidas y la asignación con rendición de cuentas fortalecerían la legitimidad y la autonomía de la gobernanza de salud regional, reduciría la dependencia en ayuda externa y acompañaría una transición hacia sistemas de financiación más equitativos y autodeterminados.

El Sur Global debería guiar el rediseño

Los donantes globales deben comprometerse a financiar una fuerza de trabajo global con plazos definidos, a cargo de guiar el rediseño de la arquitectura sanitaria global. Esta fuerza de trabajo debe estar compuesta, principalmente, de líderes de países de ingresos bajos y medios para garantizar que el proceso refleje las diversas perspectivas y realidades vividas. La función principal sería salvaguardar la alineación con los principios acordados y el propósito moral de la nueva arquitectura —centrado en la justicia sanitaria, la equidad y la rendición de cuentas compartida— y, al mismo tiempo, establecer las bases para una reforma estructural duradera.

Camino al reequilibrio del poder y el avance de la justicia sanitaria en LAC

Para contribuir de forma significativa a una arquitectura sanitaria global renovada, la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) debe procurar un cambio estratégico. El siguiente proceso define cuatro cambios prioritarios necesarios para avanzar con la justicia sanitaria y reequilibrar el poder en la región.

1. Rediseñar la OPS para fortalecer la capacidad regional

Para cubrir las necesidades de salud en evolución del continente americano, la OPS debería reestructurarse para pasar a ser una institución más ágil y enfocada. Sus funciones principales deberían centrarse en liderar el diseño de estándares regionales y bienes públicos regionales para la salud, coordinar las respuestas regionales y globales durante emergencias y mantener un seguimiento de las prioridades del país y del progreso regional. La OPS debería apartarse gradualmente de su portfolio actual de programas técnicos e integrar estas funciones dentro de las instituciones nacionales y regionales existentes, particularmente en universidades y centros de investigación.

Este enfoque mejoraría la relevancia, generaría capacidad local sostenible y reduciría la duplicación. Al mismo tiempo, permitiría que la OPS se centre en sus funciones normativas y de convocatoria únicas. La OPS, al reposicionarse como coordinadora estratégica y facilitadora de experiencia regional, podría respaldar mejor una arquitectura sanitaria global, descentralizada y orientada al futuro. Finalmente, debería considerarse reubicar la sede a un país de LAC para reducir los costos operativos y generar un cambio en la capacitación y la experiencia tanto del personal de la OPS como de los colaboradores externos, lo que permitiría contribuciones más relevantes a la región.

2. Establecer el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (CRESALC)

La necesidad de fortalecer la colaboración regional en América Latina y el Caribe ha sido ampliamente reconocida, inclusive en un pedido reciente en la revista *Lancet* para la creación de un Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de América Latina (LATAM-CDC).²⁰ Este pedido es importante, pero la región se beneficiaría más de una institución con un mandato más amplio. Por lo tanto, propongo la creación de un Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (CRESALC), que integraría las funciones clave de un LATAM-CDC, como la vigilancia, la capacitación de la fuerza laboral y la respuesta ante emergencias. Además, el CRESALC podría funcionar como un asociado de la OPS para la implementación: facilitaría la cooperación técnica entre países, respaldaría los esfuerzos de implementación nacionales y generaría conocimiento accionable en investigación regional y prioridades de políticas.

La gobernanza de la agencia estaría en manos de una junta compuesta por diversas partes interesadas de los estados miembro de LAC, con representación garantizada de los países

más pequeños. La participación desde el asesoramiento estaría disponible para los institutos de salud pública, las redes académicas y las organizaciones de la sociedad civil, a fin de garantizar la transparencia y la equidad.

Para asegurar su financiación, propongo una combinación de contribuciones públicas regionales, el apoyo multilateral de instituciones como el CAF (Banco de Desarrollo de América Latina) y el BID, junto con inversiones primordiales de actores filantrópicos. La agencia también debería ser capaz de recibir y gestionar recursos comunes, generar subvenciones y contratos, y movilizar financiación adicional para prioridades regionales, con salvaguardas claras que prevengan conflictos de interés.

Este modelo permitiría a la región hacer frente a las amenazas inmediatas y las brechas de capacidad a largo plazo por medio de una plataforma coordinada, impulsada por la equidad y sensible al contexto.

3. Lanzar el Atlas de Conocimiento de Justicia Sanitaria de LAC

El CRESALC del centro regional debería lanzar un proceso de consulta integral que culmine en la creación del *Atlas de Conocimiento de Justicia Sanitaria de LAC*. Esta herramienta analítica, compartida y potenciada con IA mapeará las necesidades sanitarias, los datos de desempeño de los sistemas de salud, los flujos de financiación y las dinámicas de poder, a fin de servir como base de evidencia para la toma de decisiones colectiva y como guía para las reformas futuras.

El “Atlas de Conocimiento” será un recurso vivo y en evolución que ayudará a los actores a visualizar el sistema completo y a codiseñar vías de reforma más coherentes y basadas en evidencia. La inteligencia no debería reemplazar la negociación política, pero sí permitirle ser más inteligente, más transparente y más sensible a las necesidades reales.

El Atlas también creará y mantendrá actualizado un registro transparente de las necesidades definidas por el país para guiar la financiación y para compartir con la OPS y los donantes globales de salud. El financiamiento semilla para el Atlas podría obtenerse de organizaciones filantrópicas globales o de instituciones financieras multilaterales.

4. Establecer el Fondo de Justicia Sanitaria de LAC

Un desafío importante a la hora de crear una arquitectura sanitaria global basada en la solidaridad regional es la falta de apoyo de base amplia para la justicia sanitaria. En muchos países de América Latina y el Caribe, los cambios políticos, particularmente el surgimiento del populismo de derecha, han debilitado los compromisos colectivos y reestructurado la equidad estructural como un obstáculo al mérito individual y la autosuficiencia.

Para superar esto, propongo el Fondo de Justicia Sanitaria de LAC como un mecanismo regional de financiación destinado a respaldar prioridades sanitarias transfronterizas y de largo plazo

que los países, por sí solos, no pueden abordar en lo que respecta a los determinantes sociales y comerciales de la salud.

El Fondo, basado en principios de justicia y equidad, complementaría los presupuestos nacionales dirigiéndose específicamente a los desafíos estructurales compartidos, particularmente aquellos que afectan a las personas en mayor desventaja. El Fondo priorizaría inversiones que garanticen una distribución equitativa de los factores controlables socialmente que afectan la salud.

En la tabla 1, se presentan algunas de las acciones posibles que el Fondo de Justicia Sanitaria de LA podría llevar adelante, la manera en que se gobernarían los fondos y los posibles impactos estratégicos que podría tener en el avance de la justicia sanitaria en LAC.

Tabla 1: Visión general del Fondo de Justicia Sanitaria de LAC

Financiación equitativa e inclusiva	Gobernanza arraigada en la justicia	Impactos estratégicos
Las contribuciones regionales escalonadas basadas en la capacidad económica permiten que todos los países participen sin sobrecargar aquellos con menos recursos.	La junta regional de múltiples partes interesadas con representación de los gobiernos nacionales (rotados por ingresos y tamaños) la sociedad civil, los grupos nativos y afrodescendientes, los trabajadores del sector de salud, los expertos en salud pública y los especialistas en ética.	Cambio de poder hacia la toma de decisiones regional y la responsabilidad compartida.
Financiación de solidaridad proveniente de países de ingresos altos y filántropos, gobernada por prioridades regionales en lugar de por las agendas de los donantes. Las instituciones globales asignan recursos al fondo en lugar de a países o programas individuales.	Toma de decisiones guiada por prioridades de la región y el país, y por la inclusión.	Sirve como un modelo de la financiación sanitaria equitativa y orientada hacia la justicia.
Impuestos corporativos y regionales sobre productos nocivos para la salud, como bebidas azucaradas, los alimentos ultraprocesados, el alcohol y el tabaco. Los ingresos provenientes de estos impuestos deberían reservarse para inversiones que impulsen la justicia sanitaria.	Creación de presupuestos participativa, auditorías abiertas, paneles informativos públicos y mecanismos para permitir las opiniones de la comunidad y las correcciones. Coordinación con la OPS y las organizaciones subregionales.	Demuestra que la solidaridad no es retórica, sino una base práctica para la equidad sanitaria global.

Una opción posible es estructurar el Fondo de Justicia Sanitaria de LAC por medio de un banco de desarrollo público regional, como el CAF. En este modelo, el banco serviría como el custodio financiero, mientras que la dirección estratégica y el establecimiento de prioridades estaría a cargo de un organismo de gobernanza sanitaria regional. Este enfoque ofrece una fuerte capacidad de gestión financiera, sistemas fiduciarios establecidos y el potencial para atraer coinversiones adicionales. Sin embargo, conlleva el riesgo de dominancia tecnocrática y exigiría salvaguardas claras para garantizar que las metas de equidad y salud pública

continúen en el centro. Para reducir este riesgo, podría seguirse un modelo similar al del Fondo Mundial, que trabaja por medio de intermediarios financieros y, al mismo tiempo, retiene la supervisión estratégica de otros ámbitos.

A fin de garantizar que las prioridades regionales del país —y no los intereses externos— dirijan la agenda, todas las decisiones de financiación se basarían en evidencia y se alinearían con los valores definidos a partir del Atlas de Conocimiento de Justicia Sanitaria de LAC.

Del desafío a la acción: hoja de ruta para una transformación estructural

Tabla 2: Hoja de ruta para una transformación estructural

Desafío	Soluciones	Quién debe actuar y cómo
Político y ético: falta de equidad y justicia en la salud global; poder concentrado en pocos actores	Adoptar la equidad como principio guía para el rediseño de las instituciones y las prácticas de la nueva arquitectura sanitaria global y la arquitectura financiera. Redistribuir el poder y los recursos.	Países: priorizar las necesidades de las poblaciones más vulnerables. Demandar una arquitectura financiera equitativa para expandir la inversión en salud doméstica. Redireccionar el gasto hacia los determinantes de salud estructurales, a saber, la vivienda, la educación, los sistemas de alimentos y la resiliencia climática. Países de LAC: respaldar el establecimiento del Fondo de Justicia Sanitaria de LAC y el CRESALC. Líderes de salud global regionales: establecer o fortalecer las instituciones regionales para coordinar las políticas y la financiación sanitarias. Convocar y respaldar coaliciones Sur-Sur para compartir evidencia y estrategias con la finalidad de dismantelar los sistemas elitistas. Sector académico y sociedad civil: diseñar indicadores y llevar un seguimiento de estos para acompañar el progreso hacia la justicia sanitaria. Organizaciones financieras multilaterales: incluir representantes de los PIBM en la gobernanza. Expandir el alivio de la deuda, los préstamos en condiciones favorables y los mecanismos impositivos globales a fin de crear espacio fiscal para inversiones orientadas hacia la equidad. Adoptar los principios de la Iniciativa Bridgetown en pro de una arquitectura financiera más equitativa. Donantes sanitarios globales: destinar recursos directamente al Fondo de Justicia Sanitaria de LAC en lugar de a proyectos individuales, lo que permitirá a los países influir en las decisiones de gasto. Respaldar la transición de un mecanismo de financiación global a uno regional. Financiar la generación de capacidad institucional a largo plazo en el Sur Global. OMS: defender las reglas equitativas para los PIBM, particularmente en las influencias entre sectores, como el comercio. Promover la adopción del Consejo de la OMS sobre Aspectos Económicos de la Salud para Todos.
Técnico y de prestaciones: Sistemas fragmentados, impulsados por donantes; falta de eficacia	Rediseñar las organizaciones para evitar la fragmentación. Generar capacidad nacional y regional. Aprovechar las herramientas digitales y la IA para evaluar el grado de alineación entre las prioridades definidas por los países y los flujos de financiación global, y para generar informes sobre ello.	Países: alinear los planes sanitarios nacionales con los marcos regionales para reducir la duplicación y asegurar la generación de capacidad a largo plazo. Países de LAC: respaldar el establecimiento del Atlas de Conocimiento de Justicia Sanitaria de LAC. Instituciones regionales: mantener y publicar un registro transparente de las necesidades sanitarias y las brechas de equidad para guiar la financiación. En LAC: Considerar el Atlas de Conocimiento de Justicia Sanitaria de LAC como la plataforma central de datos y análisis, a fin de guiar la asignación de recursos, acompañar el impacto e identificar los riesgos emergentes. Organizaciones financieras multilaterales: financiar la infraestructura y la fuerza laboral para los sistemas de prestaciones sostenibles y administrados a nivel regional en lugar de los canales de proyecto fragmentados. Actores sanitarios globales: brindar asistencia técnica solo cuando está anclada en instituciones regionales y nacionales, con períodos claros para la transferencia de la capacidad. OMS: focalizar su mandato en tres funciones globales clave, a saber, establecimiento de normas y estándares, acompañamiento independiente y rendición de cuentas, y coordinación de emergencias sanitarias. Oficinas regionales de la OMS: tornarse ágiles y centrarse en generar capacidad institucional nacional. Respaldar los gobiernos en la alineación de inversiones de donantes teniendo en cuenta estas prioridades y en la resistencia a las iniciativas duplicadas o desalineadas. Acompañar los compromisos de la Agenda de Lusaka.

Conclusión

Esta propuesta muestra una visión audaz para una nueva arquitectura sanitaria global. Se basa en el liderazgo a nivel región y país, justificado en inversiones domésticas más fuertes y respaldado por un sistema financiero internacional más equitativo. Para que esta visión sea posible, la gobernanza y las finanzas globales deben guiarse con reglas equitativas que den a todos los países el poder y los recursos para avanzar en justicia sanitaria. Esta propuesta genera un cambio estructural, que se aleja de un modelo dominado por donantes y se acerca a un sistema distribuido, basado en el liderazgo a nivel región y país, en la responsabilidad compartida y en la justicia sanitaria.

Sin embargo, la ambición debe ser realista. El cambio hacia la gobernanza regional acarrea riesgos. Las disparidades persistentes en capacidad fiscal, fuerza institucional y estabilidad política entre países podrían reforzar las jerarquías existentes, a menos que se establezcan, desde el inicio, mecanismos de rendición de cuentas, representación equitativa y solidaridad regional. Una nueva arquitectura no solo debe redistribuir el poder, sino también garantizar que este se use con equidad, inclusión y un compromiso de construcción de una salud para todos.

Una transformación duradera exigirá más que grandes ideas. Demanda acciones deliberadas y sostenidas para convocar a los líderes regionales, fomentar las coaliciones de confianza y modernizar instituciones capaces, representativas y sensibles. La tarea es urgente. Este es el momento de diseñar, alinear y actuar, mientras aún tenemos la oportunidad de moldear un sistema sanitario global posterior a los ODS. Si los países y las regiones avanzan juntos, un orden sanitario global más justo, efectivo y resiliente es posible.

Notas finales

1. Gostin, L. O., Friedman, E. A., y Finch, A. (2023). The Global Health Architecture: Governance and International Institutions to Advance Population Health Worldwide. *The Milbank quarterly*, 101(S1), 734–769. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12627>
2. Pai, M., Bandara, S. y Kyobutungi, C. (2024). Shifting power in global health will require leadership by the Global South and allyship by the Global North. *The Lancet*, 404(10464), 1711–1713. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02323-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02323-7)
3. Usher A. D. (2021). A beautiful idea: how COVAX has fallen short. *Lancet*, 397(10292), 2322–2325. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01367-2)
4. Nsofor, I. M. (marzo de 2023). Descolonizar a las autoridades sanitarias globales. Project Syndicate. <https://www.project-syndicate.org/commentary/decolonize-leadership-global-health-sector-pate-gavi-by-ifeanyi-m-nsofor-2023-03/spanish>
5. Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. y Reich, M. R. (2004). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity* (edición en línea). Oxford University Press. <https://academic.oup.com/book/7510>
6. Daniels, N. (2007). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Just Health: Meeting Health Needs Fairly, 1–397. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511809514>
7. Rawls, J. (2005). *Teoría de la justicia: Edición original*. Cambridge: The Belknap Press; 2005. pág. 60–142.
8. Nsofor, I. M. (marzo de 2023). Descolonizar a las autoridades sanitarias globales. Project Syndicate. <https://www.project-syndicate.org/commentary/decolonize-leadership-global-health-sector-pate-gavi-by-ifeanyi-m-nsofor-2023-03/spanish>
9. Shiffman J. (2014). Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. *International journal of health policy and management*, 3(6), 297–299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>
10. Center for Healthy Development. (2025). Taking stock of development assistance for health (DAH) in the 21st century: Renewing our commitment. What have we learned? A contribution to sustaining our global efforts for equitable and efficient DAH. Center for Healthy Development. https://www.centerforhealthydevelopment.org/uploads/4/2/0/2/42028609/taking_stock_of_development_assistance_for_health_in_the_21st_century_04152025.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Historia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-organizacion-panamericana-salud-ops>
12. Kickbusch I. (2015). The political determinants of health -10 years on. *BMJ* (edición de investigación clínica), 350, h81. <https://doi.org/10.1136/bmj.h81>
13. Forman, L., Abdool Karim, S. y Kolawole, O. (2025). Global Health "With Justice": The Challenges and Opportunities for Human Rights in Global Health Law. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 53(S1), 18–22. <https://doi.org/10.1017/jme.2025.1>
14. Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H.-J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., de Carvalho, C. M. P., Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., ... Thow, A. M. (2023). Definición y conceptualización de los determinantes comerciales de la salud. *The Lancet*, 401(10383), 1194–1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
15. Winkler, A. S., Brux, C. M., Carabin, H., das Neves, C. G., Häslér, B., Zinsstag, J., Fèvre, E. M., Okello, A., Laing, G., Harrison, W. E., Pöntinen, A. K., Huber, A., Ruckert, A., Natterson-Horowitz, B., Abela, B., Aenishaenslin, C., Heymann, D. L., Rødland, E. K., Berthe, F. C. J., Capua, I., ... Amuasi, J. H. (2025). The Lancet One Health Commission: harnessing our interconnectedness for equitable, sustainable, and healthy socioecological systems. *Lancet* (Londres, Inglaterra), 406(10502), 501–570. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00627-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00627-0)
16. Venkatapuram S. (2021). Global health without justice or ethics. *Journal of public health* (Oxford, Inglaterra), 43(1), 178–179. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa001>
17. Future of Global Health Initiatives. (2023). La Agenda de Lusaka: Conclusiones sobre el futuro del proceso de las Iniciativas de Salud Global – FGHI. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
18. Consejo de la OMS sobre Economía de la Salud para Todos. (2023). *Salud para todos: Transformar las economías para que proporcione lo que importa*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59577/9789275328583_spa.pdf
19. Bridgetown Initiative. (2023). The Bridgetown Initiative on the reform of the international development and climate finance architecture (Versión 3.0). Gobierno de Barbados. <https://www.foreign.gov.bb/2023/11/the-bridgetown-initiative-version-3-0/>
20. García, P. J., Saavedra, J., Espinoza Pajuelo, L., García Terron, F. A., Garzon, X., Rubinstein, A., Paris, E., Ospina, M., Guzmán Acurio, M. y Guzmán, J. (2024). Why Latin America needs a regional Centre for Disease Control and Prevention. *The Lancet*, 403(10446), 2763–2765. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00813-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00813-4)

About Wellcome

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, global heating and infectious diseases.

About Paola Abril Campos Rivera

Paola Abril Campos Rivera is the Research Professor and Director of Evidence and Action for Health Equity at the School of Government and Public Transformation and Institute for Obesity Research at the Tecnológico de Monterrey in Mexico.

Designed by Wellcome.

**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-7725/08-25/PS/RK