

El diseño de una nueva arquitectura sanitaria global para el Oriente Medio y la región de Asia Central

por Shadi Saleh

Una perspectiva desde el Oriente Medio
y la región de Asia Central



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

La región de Oriente Medio y Asia Central (MECA, por sus siglas en inglés) incluye países que, si bien aparecen combinados geográficamente en algunos marcos internacionales, presentan variaciones significativas en sus sistemas de gobernanza, composición demográfica, desarrollo económico, situación de conflicto y funcionalidad de los sistemas sanitarios. Esta propuesta para replantear la arquitectura sanitaria global busca abordar dicha diversidad y necesidad mediante un enfoque contextualizado y sensible, que permita orientar un esfuerzo asequible en una realidad cambiante y sumamente desafiante.

Los aspectos destacados fundamentales de la arquitectura replanteada son: (1) funciones, (2) características claves (estructuras y formas) y (3) vías de reforma.

En términos de las funciones, la arquitectura sanitaria global replanteada para MECA buscaría reducir los pagos directos para la atención de la salud, ampliar los fondos comunes contra riesgos, promover la gobernanza inclusiva y la rendición de cuentas, aportar resultados sanitarios equitativos, procurar que los bienes regionales y públicos estén más disponibles, fortalecer los sistemas sanitarios nacionales y subnacionales, así como mejorar los sistemas de preparación y respuesta ante las crisis.

Orientadas por estas funciones, se propone que las formas y la estructura de la arquitectura sanitaria replanteada cuenten con instituciones sanitarias globales con arraigo local y participación en el contexto mundial, mecanismos creativos que incluyan un enfoque basado en el valor con respecto a la financiación sanitaria global, procesos de coordinación sólidos, con inversión estratégica en el fortalecimiento institucional, así como innovación contextualizada en función de las particularidades regionales.

Se sugieren cinco vías para conseguir la implementación de la reforma propuesta. Las cuales incluyen el mejoramiento de la eficiencia institucional y funcional, así como la implementación de una reforma de la financiación que se base en la solidaridad, la participación del sector público y la agrupación de fondos, con una redistribución del poder hacia los actores regionales y nacionales. La necesidad de contar con un **enfoque basado en los datos** para la asignación de recursos es también clave, junto con el fortalecimiento de los sistemas de información, la interoperabilidad y la integración regional.

En general, en el corazón de la arquitectura sanitaria global replanteada propuesta para MECA se encuentra la aspiración de construir un sistema sanitario global más eficiente, eficaz y equitativo, con funciones que conecten los nexos de significancia a nivel global, relevancia contextualizada en lo regional y lo local, así como los factores geopolíticos y de economía política. Los roles complementarios para las partes interesadas de la financiación sanitaria internacional, incluidas las Iniciativas de Salud Global (Global Health Initiatives, GHI) actualmente son factores claves en cualquier arquitectura replanteada, y seguirán siéndolo en el futuro.

Antecedentes

MECA: Una región con heterogeneidad y contextos únicos

La región de Oriente Medio y Asia Central (MECA) incluye países que, si bien aparecen combinados geográficamente en algunos marcos internacionales, presentan variaciones significativas en sus sistemas de gobernanza, composición demográfica, desarrollo económico, situación de conflicto y funcionalidad de los sistemas sanitarios.¹

Una característica distintiva de muchos países en esta región es la **exposición crónica a conflictos prolongados, desplazamientos masivos de población e inestabilidades políticas y económicas**, siendo la región de Asia Central relativamente más estable en comparación con Oriente Medio y el Norte de África (MENA, por sus siglas en inglés).² De hecho, MENA suma aproximadamente 3.2 millones de refugiados y personas en busca de asilo, además de 13 millones de individuos desplazados internamente, una cifra que se ubica entre las más altas a nivel global en proporción con el total de su población.³ Dichos factores agudizan las crisis sanitarias globales, incluidos el desplazamiento y migración poblacional, la inseguridad alimentaria, el deterioro de la salud física y mental, así como la interrupción de los servicios de salud y las cadenas de suministro, entre otros.²

Los países de la región MECA presentan una amplia **diversidad en el ingreso**, que va desde países de ingresos altos (PIA) hasta países vulnerables de ingresos bajos, lo que genera diferencias en las necesidades de los sistemas sanitarios, la financiación y la dependencia asistencial. Los países de ingresos bajos y medios (PIBM) enfrentan vulnerabilidades debido a los recursos limitados, la debilidad de los sistemas y la dependencia de la asistencia externa, lo cual menoscaba las inversiones en personal, infraestructura y servicios, al tiempo que se debilita la atención de rutina y en caso de emergencia.^{4,5} También existen grandes **disparidades en la cobertura sanitaria**, con los PIBM siendo los que dependen en mayor medida de los pagos directos (PD), lo que incrementa las inequidades y la carga financiera.⁶

Por último, en la región MECA se observan variaciones significativas en la **vulnerabilidad de los sistemas sanitarios entre los estados frágiles y afectados por conflictos (EFAC) y los estados no frágiles**. Los EFAC, que a menudo se ven afectados por conflictos, desplazamientos e instituciones débiles, padecen la interrupción de los servicios sanitarios, infraestructura dañada, escasez de personal sanitario y acceso limitado a la atención médica, especialmente para poblaciones vulnerables, como las personas refugiadas y desplazadas internamente.⁷ En contraste, los estados no frágiles en MECA se distinguen por contar con sistemas sanitarios más robustos, niveles de gasto en el sector de la salud más altos y mejores resultados sanitarios, aunque la mayoría de estos países sigue enfrentando retos relacionados con el incremento en la incidencia de enfermedades crónicas.^{8,9}

Figura 1: Actores en la financiación sanitaria global en MECA



MECA es un reflejo de su contraparte global y está conformada por una amplia variedad de actores. (Figura 1). Estos actores son distintos en función de sus fuentes de capital, mecanismos de financiación y prioridades estratégicas.

A pesar de todo este esfuerzo, el campo de la salud global sigue dependiendo en gran medida de unos pocos donantes principales, y la programación sanitaria global continúa altamente sujeta a una agenda determinada por los donantes, agravada además por las asimetrías de poder, la flexibilidad limitada y los distintos niveles de rendición de cuentas, con una omisión significativa de las prioridades sanitarias nacionales y específicas del contexto.¹⁰ Conforme crece el impulso hacia estructuras de financiación más equitativas y eficaces, las reformas en el futuro en MECA y otras regiones del mundo deben centrarse en un replanteamiento de la salud global con fundamentos contextualizados, que tomen en cuenta la diversidad de necesidades regionales, la economía política de los sistemas de salud y las capacidades diferenciadas de los actores en el campo. Las nuevas arquitecturas propuestas no deberían bastar con modificaciones a los modelos anteriores, sino buscar darle cuerpo a funciones nuevas que fortalezcan la financiación sanitaria sostenible, aseguren el arraigo regional, salvaguarden la gobernanza inclusiva y que estén enfocadas en los resultados.

Una arquitectura sanitaria global replanteada: la propuesta

En la actualidad, el ecosistema sanitario global se encuentra en una situación de transición estratégica, y es necesario reconocer que esta situación no es voluntaria. Estas fases de transición, ya sea que se inicien por una iniciativa o a través de un mandato, representan oportunidades generacionales para la reflexión, el replanteamiento y establecer posturas.

La región MECA convergen factores económicos y geopolíticos dispares que requieren una lectura contextualizada y un enfoque único ante los desafíos que le corresponden en la salud global.

Con ese telón de fondo, esta propuesta para replantear la arquitectura sanitaria global busca abordar dicha diversidad y necesidad mediante un enfoque contextualizado y sensible ante los movimientos y dinámicas en el macro y a nivel global, las cuales darían forma a un “replanteamiento” realista.

Una arquitectura sanitaria global replanteada: funciones y formas

En el corazón de este esfuerzo de replanteamiento se encuentra el objetivo de establecer un sistema sanitario global más eficiente, eficaz y equitativo. Aunque estos ideales han sido evocados por mucho tiempo en el discurso sobre salud global —a menudo reducidos a meros lemas con escasa aplicación práctica— siguen siendo principios rectores esenciales para cualquier arquitectura sanitaria global futura.

A continuación, se presenta una lista propuesta de funciones donde hay una intersección entre la importancia global, el contexto regional y local, y las dinámicas de la geopolítica y la economía política. Existe una salvedad clave y particularmente relevante con respecto a MECA, aunque no es exclusiva de la región: la diversidad entre los perfiles de los países anteriormente referida. La diversidad representa desafíos en lo que respecta a la estandarización. No obstante, las siguientes funciones procuran reflejar esa diversidad de la manera más concreta posible, ofreciendo un marco que pueda adaptarse a distintos contextos, al tiempo que parte de realidades, prioridades compartidas y objetivos sistémicos.

Se volverá evidente que, aunque las funciones en general (sus títulos) no son fuera de lo común, mucho de lo que se propone hace necesario un cambio significativo en el status quo y en lo que se acostumbra.

Las funciones claves una arquitectura sanitaria global replanteada: una visión global con un contexto regional

Función 1. Catalizar y coordinar modelos sustentables de financiación sanitaria y eficiencia en la arquitectura sanitaria global

Los modelos de financiación sanitaria creativos y sostenibles en los que se tengan en consideración los acontecimientos recientes se volverán una necesidad en un sistema sanitario global replanteado, tanto a nivel internacional y regional como nacional. A nivel global, esto supondría mecanismos de coordinación y procesos mejores, más estructurados y formalizados, que generen más resultados con los recursos disponibles. Además, los recursos de los actores regionales y nacionales (donantes, sector privado, gobiernos de los PIA, etc.) deberán tener una mayor participación, y los esfuerzos deberán estar más articulados y coordinados.

Es necesario tener en cuenta que las eficiencias en el sistema y el incremento en la adopción de enfoques basados en el valor, especialmente de cara al futuro, serían tan fundamentales como el contemplar fuentes de recursos en un modelo replanteado de financiación sanitaria sostenible. Este esfuerzo debe perseguirse desde el aspecto de la financiación (al reducir redundancias hacia el interior los organismos y entre cada uno de ellos, mapas de eficiencia operacional para las GHI [en el servicio y geográficamente], gestión interna eficiente de los recursos humanos y financiación basada en el valor) Y desde el receptor, con propuestas de valor claras y transparencia.

Función 2. Promover una gobernanza inclusiva y rendición de cuentas “reales” a nivel global, regional y local

Se puede debatir si la gobernanza inclusiva y la rendición de cuentas son dos conceptos separados; bien pueden serlo dependiendo del contexto. En lo que respecta a la gobernanza inclusiva, la mayoría de las publicaciones y foros sanitarios globales sostienen que es un precepto. Asimismo, cuerpos internacionales como las organizaciones de la ONU y fundaciones globales, entre otros, llevan a cabo un esfuerzo activo para lograr ese fin. Sin embargo, parece ser que las dinámicas de poder derivadas de las fuentes de financiación (incluidas en el análisis de la economía política), los sistemas más consolidados en los PIA y la geopolítica son más fuertes que cualquier compromiso por escrito o defendido con el principio de gobernanza inclusiva. Se ha acuñado el término “neocolonialismo sanitario global” para describir este fenómeno.

En una arquitectura sanitaria global replanteada, la comunidad internacional debe reconocer estos factores de atracción, visibilizar su influencia “no declarada” y contrarrestar sus efectos de manera sistemática y enérgica. Cabe señalar también que, como función, la gobernanza inclusiva debe abarcar múltiples niveles, desde la arquitectura sanitaria global en su conjunto hasta los niveles regional, nacional y subnacional (comunidades afectadas y usuarios finales, partes interesadas en las políticas, etc.).

La rendición de cuentas debe seguir siendo una función dentro de un sistema sanitario replanteado. El enfoque de facto de incluir este aspecto, junto con la gobernanza inclusiva, como una mera “formalidad” debe ser cuestionado y sustituido por una integración sustantiva en el diseño de los sistemas, la asignación de recursos y la práctica.

Función 3. Producir resultados sanitarios equitativos al abordar las deficiencias y disparidades estructurales del sistema

El enfoque dominante para mejorar la salud global ha sido abordar los insumos (por ejemplo, el número de vacunas disponibles para los niños elegibles, la capacidad de los recursos humanos, etc.) y los modelos de proceso que se evalúan en entornos que pueden o no ser aplicables al contexto respectivo. Aunque estos factores son fundamentales para conseguir que la salud a nivel global sea equitativa, la función propuesta requiere un enfoque esté contextualizada. La justificación para ello es que el contexto puede dar al traste con el estándar de referencia para los insumos y los procesos. Una instancia internacional puede ser capaz de proporcionar el número correcto de vacunas partiendo de los niños que son elegibles, pero es posible que la cadena de suministro esté interrumpida debido a un conflicto; el desplazamiento de la población puede impedir los esfuerzos de divulgación; es posible que los recursos humanos no sean suficientes para administrar las vacunas, y los sistemas de información pudieran no ser capaces de llevar a cabo un seguimiento adecuado en las zonas con bajas tasas de vacunación, entre otros desafíos. En consecuencia, el enfoque de la función en un sistema replanteado debería destacar aún más los resultados. No cabe duda de que esto supone más desafíos desde el punto de vista logístico y requiere enfoques más personalizados, pero así se logrará impulsar en última instancia el impacto en la salud global.

Función 4. Consideraciones especiales para los refugiados, poblaciones desplazadas y comunidades marginadas

En MECA, la carga de personas refugiadas y de poblaciones desplazadas y marginadas es desproporcionada, resultado principalmente de conflictos, aunque también la situación se ve influida por factores económicos y, más recientemente, de tipo climático. Una función primordial de una arquitectura sanitaria global replanteada debería tener en cuenta esta situación y reconocer que son necesarios esfuerzos proactivos para abordar las inequidades entre aquellas poblaciones difíciles de alcanzar, a través de participación activa, intervenciones sanitarias globales diseñadas a la medida, así como flexibilidad operacional dentro de los sistemas sanitarios.

A nivel global, esto haría necesario un conocimiento contextualizado, y a menudo granular, de las complejidades relacionadas con abordar los desafíos únicos de estas poblaciones vulnerables. Esto se aborda de mejor manera al relegar los componentes operacionales y de implementación a los actores locales. Las experiencias de la vida real han demostrado que las GHI con frecuencia destacan personal internacional bien remunerado para llevar a cabo estas funciones, lo cual termina siendo un ejercicio de aprendizaje costoso e ineficiente y, para la mayoría, un proceso de exploración y comprensión de la realidad local.

Función 5. Fortalecer los sistemas sanitarios nacionales y subnacionales

Aunque no se trata de una función novedosa, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios nacionales y subnacionales, dando prioridad a la atención primaria de salud (APS) y a las capacidades de salud pública, ha sido y debe seguir siendo una función central de toda arquitectura sanitaria global. Estrechamente vinculados con muchas otras funciones, el fortalecimiento del sistema de salud (junto con la modernización y el perfeccionamiento de la infraestructura de APS y de las capacidades de salud pública) constituye un factor clave para alcanzar una salud global más equitativa, eficaz y eficiente.

Se han dedicado atención y recursos considerables a la APS como una piedra angular significativa en los esfuerzos de cobertura universal de salud (CUS), en especial después de la Declaración de Astaná de 2018 que renovó el compromiso por cuanto a la APS (posterior a la Declaración de Alma-Ata de 1978); dichos esfuerzos deberían continuar en una arquitectura sanitaria global replanteada. Asimismo, el fortalecimiento de las funciones de salud pública ha demostrado ser fundamental en varios niveles, incluso durante la COVID-19, al servir como un sólido respaldo para el funcionamiento de los sistemas sanitarios en contextos tan desafiantes. Ambos componentes son particularmente importantes en el contexto de MECA, donde muchos países están enfrascados en conflictos o son propensos a los mismos, abriga a poblaciones significativas de personas desplazadas y refugiados, y cuentan con sistemas sanitarios vulnerables con recursos limitados para la atención secundaria y terciaria.

Aunque la mayor parte de las inversiones debe dirigirse y coordinarse a nivel nacional, muchas experiencias de la región y del Sur Global han demostrado que el apoyo de las GHI a los sistemas sanitarios, tanto en el aspecto estructural como en el operativo (apoyo programático y ejecución encabezada a nivel local), ha dado como resultado sistemas más capaces y resilientes.

Función 6. Proporcionar bienes públicos regionales y globales, tales como la vigilancia epidemiológica, el desarrollo del personal sanitario y el acceso equitativo a medicamentos y vacunas

En una arquitectura sanitaria global replanteada, los bienes públicos globales estarían más disponibles y se compartirían a través de las fronteras de los PIA a los PIA, de los PIA a los PIBM, de los PIBM a los PIBM y, sí, de los PIBM a los PIA (p. ej., vigilancia geoespacial, investigación y desarrollo (I+D) específica del contexto, desarrollo del personal, etc.).

Los marcos deben desarrollarse (o replantearse) para permitir que los bienes públicos se compartan sin obstáculos. Es un principio ampliamente aceptado que la provisión regional de estos bienes tenga prioridad sobre la provisión global. Dicha función debería considerarse como clave para mejorar los resultados sanitarios globales, así como la equidad y el acceso.

Función 7. Garantizar que la preparación y respuesta en caso de emergencias sea eficaz, en particular en los entornos frágiles y afectados por conflictos

La región MECA se considera como un epicentro de crisis humanitarias. A esto se añade el hecho de que muchos países de la región se definen como estados frágiles, con sistemas sanitarios débiles o debilitados. En ese contexto, una función fundamental de una arquitectura sanitaria global debe ser el garantizar efectividad de los sistemas de preparación y respuesta ante las crisis, a través de la regionalización de los planes, estructuras y procesos. El Acuerdo de la OMS sobre Pandemias, adoptado recientemente en 2025, es un hito clave para garantizar que los países y regiones en desventaja tengan acceso a recursos y conocimiento especializado [26]. Sin embargo, las experiencias previas y recientes de los PIBM han demostrado la importancia de la autosuficiencia en estas áreas, tanto a nivel nacional como regional.

En el contexto global, esto se traduciría en apoyo a la infraestructura, intercambio de conocimientos y desarrollo de capacidades, además del fortalecimiento de la red global (Sur-Sur, en particular). A nivel regional, existe la oportunidad para aprovechar las herramientas técnicas y digitales avanzadas, incluyendo el modelado asistido por inteligencia artificial y el despliegue de recursos para el apoyo de dicha función. Esto puede facilitarse mediante esfuerzos estratégicos en algunos países de MECA para que actúen como centros de inteligencia artificial y con el despliegue reciente de herramientas de IA en eventos regionales de gran envergadura (p. ej., en Arabia Saudita durante la temporada del Hajj). Dichas intervenciones pueden servir como la base para una implementación más amplia en entornos con menos recursos y para fortalecer los esfuerzos de preparación.

La traducción al plano operativo de dichos esfuerzos debe ir desde la modelación para la gestión de las cadenas de suministro durante una crisis, e incluir la evaluación de las capacidades en los sistemas de salud y otros que sean relevantes en los niveles local, regional e internacional.

En conclusión, estas siete funciones deben considerarse como entrelazadas y cofacilitadoras una de las demás. El avance en una o más de las mismas tendrá un impacto positivo en la posibilidad de que las otras funciones alcancen su potencial, o incluso que progresen.

La forma, estructura y flujo propuestos de una arquitectura sanitaria global replanteada

La arquitectura sanitaria global que se vislumbra debería estar orientada por las funciones antes mencionadas y por el principio global de un enfoque centrado en las personas en cuanto a la salud global. **La estructura y forma alineadas propuestas** prevén iniciativas e instituciones regionales fortalecidas, mecanismos creativos de financiación, participación proactiva en la tecnología y las herramientas digitales, así como la meta de adoptar un enfoque más basado en valores que fomente la eficiencia al tiempo que se promueve la eficacia y la equidad.

Asimismo, los eventos actuales pueden representar una oportunidad para encargar la elaboración de una revisión a nivel global de los mandatos y las funciones de las GHI, con el objetivo de simplificar los esfuerzos, mejorar las eficiencias y replantear un nuevo modelo de cooperación y funcionamiento de las GHI. Las recomendaciones para una revisión de ese tipo se traducirían en estructuras de coordinación y conversaciones estratégicas al interior del organismo para su implementación.

1. Las instituciones sanitarias globales tienen arraigo local y participan en el contexto global.

En una arquitectura sanitaria global replanteada, más instituciones e iniciativas sanitarias globales tienen arraigo regional. La dimensión de la “regionalidad” ha demostrado tener un nivel de respuesta mayor a las necesidades particulares de las regiones y los países, al tener en cuenta sus economías políticas y contextos geopolíticos únicos, al mismo tiempo que fomentan un sentimiento de orgullo ante los logros regionales. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de África han sido un claro ejemplo de cómo las instituciones “regionales” pueden ser un vínculo para los esfuerzos y avances sanitarios a nivel global. En específico, las funciones principales de salud global, incluidas las abordadas en la sección anterior, deben sustentarse en instituciones consolidadas dentro de la región. Esto no quiere decir que cada función deba tener una entidad institucional por separado, sino una estructura regional como marco de referencia (y para la rendición de cuentas). Desde una perspectiva del flujo de la financiación, se vislumbra que algunas de estas estructuras o instituciones sean costeadas por un grupo regional, como la Liga de Estados Árabes, la Organización para la Cooperación Islámica o el Consejo de Cooperación para los Estados Árabes del Golfo (CCG). Otras pueden ser financiadas por países que tengan un interés estratégico en áreas específicas, por ejemplo, centros regionales de inteligencia artificial en salud global en los EAU, centros de vigilancia epidemiológica en Arabia Saudita, entre otros. El papel de los actores en la salud global debería ser el apoyo de las funciones y las geografías que cuenten con menos recursos, y establecer alianzas con organizaciones ancla para el intercambio de conocimientos, desarrollo de capacidades y el establecimiento de diálogos y estrategias de salud global, incluidas las relacionadas con las direcciones, tendencias, inquietudes e inversiones de carácter macro.

En este movimiento deberá integrarse un esfuerzo dedicado, apoyado y motivado por la comunidad de salud global y de

financiación sanitaria internacional, a fin de apoyar dichos esfuerzos. Aunque se prevé que el apoyo financiero inicial provenga principalmente de fuentes regionales, puede suplementarse a través de instituciones sanitarias globales, especialmente aquellas de carácter bilateral y multilateral. Asimismo, el desarrollo de capacidades y el intercambio de conocimientos serían un activo fundamental. Deberá tener consideración especial la colaboración Sur-Sur y el intercambio de conocimientos relevante.

2. Mecanismos de financiación creativos y comprometidos

Es bastante plausible que la disminución en la financiación sanitaria internacional no sea una preocupación en el corto plazo, y los montos que estuvieran disponibles y comprometidos deberán priorizarse y gestionarse cuidadosamente. Por lo tanto, es necesario que la comunidad sanitaria global piense de forma creativa en modelos de financiación que incluyan las fuentes tradicionales, pero que no dependan por completo de ellas.

Esta propuesta no prevé la cancelación de la financiación sanitaria internacional para los PIBM, incluidos aquellos que forman parte de MECA. En su lugar, se busca destacar algunas propuestas complementarias no excluyentes para la arquitectura de financiación sanitaria internacional y regional replanteada. Cabe señalar que esto debe ir acompañado de una reformulación de la “narrativa”, pasando de la financiación sanitaria internacional o la asistencia internacional a una inversión macro en la salud y, más importante aún, en el desarrollo.

El lanzamiento del **Fondo Solidario para la Salud MECA** es una propuesta para un mecanismo de financiación de la salud “comprometido” que puede aplicarse a niveles regionales, pero, especialmente, en MECA. Como se destacó en una sección previa, la región es bastante diversa en términos de niveles de ingreso. Partiendo de una estimación del Banco Mundial, MECA tiene una proporción más alta de países de ingresos bajos en 2023, en comparación con tan solo unas décadas antes, al tiempo que cuenta con seis países de ingresos altos y otros seis en el rango superior de la categoría de ingresos medios. Esta propuesta contempla el establecimiento de un fondo solidario regional que solidifique el compromiso local con la salud a nivel global. El fondo adoptará una estructura de gobernanza que amplifique las voces de los PIBM que componen la región al otorgarle formalidad a su liderazgo en el establecimiento de prioridades y dentro de los organismos de fiscalización. También contempla el contar con procesos equitativos y eficientes, que sean transparentes y basados en valores. Además, el fondo tendrá un componente para la financiación humanitaria flexible de respuesta rápida para proporcionar servicios sanitarios esenciales en países afectados por conflictos. Los flujos financieros que ingresen al Fondo seguirán un mapeo previamente encargado que identifique el despliegue actual de recursos, tanto DESDE la región como HACIA ella. El mapeo deberá dar lugar a un encuentro de alto nivel para la conformación de un fondo más focalizado.

Es importante destacar que existe la necesidad y la oportunidad de involucrar al sector privado en la financiación sanitaria global, incluso a nivel regional o nacional. Unas pocas compañías farmacéuticas y de ingeniería biomédica ya se encuentran apoyando iniciativas sanitarias globales, aunque la mayoría de ellas están alineadas con sus intereses comerciales y de marca. La mayor participación del sector privado puede potenciarse a través de múltiples vías, incluidas la alineación de la financiación comprometida con las prioridades sanitarias regionales y nacionales (incluyendo una articulación público-privada en torno a las necesidades estratégicas de salud y el mapeo del apoyo basado en las mismas); la ampliación del conjunto de “actores” del sector privado apuntando hacia industrias aún no vinculadas (p. ej., fabricantes de vehículos eléctricos y los impactos sanitarios del cambio climático, industrias basadas en plásticos y la contaminación de los cuerpos de agua, etc.); así como el fomento estructural para que el sector privado invierta en la manufactura o la reingeniería de procesos de bienes y servicios que aumenten la eficiencia en la salud global (p. ej., industrias locales de EPP, fabricación de vacunas a bajo costo, etc.). Estos son algunos ejemplos en los que el sector privado puede tener una mayor participación en el “negocio” de la salud global con muchas otras situaciones potenciales en las que todos los actores obtienen un beneficio, las cuales podrían complementar las necesidades de financiación, motivar la innovación y promover las eficiencias. Aunque puede ser plausible esperar que la mayor participación del sector privado “tradicional” aportará al aspecto de la eficiencia mucho más que a la equidad en el ámbito de la salud, el empresarismo con enfoque social debe fomentarse y apoyarse. Esto puede lograrse mediante fondos de inversión y financiamiento semilla por parte de entidades sanitarias globales y regionales. La inteligencia artificial en el ámbito sanitario global es un ejemplo en el que dicho enfoque ha demostrado tener resultados iniciales positivos; esto puede extenderse a otras áreas en la salud global.

3. Establecer o fortalecer mecanismos de coordinación y estructuras formales de financiamiento sanitario internacionales y regionales

La propuesta contempla el establecimiento o el fortalecimiento de mecanismos de coordinación entre las fuentes de “financiación” existentes, incluido el Fondo Solidario propuesto. La creación de estas estructuras o mecanismos de coordinación debe orientarse a **racionalizar**, y no a duplicar, carteras y geografías; generar eficiencias entre las organizaciones y dentro de ellas; así como **identificar partes interesadas aún no incorporadas** (p. ej., de la región, del sector privado, etc.) y mecanismos de financiación creativos.

Es necesario tener en cuenta que esta propuesta supone un enfoque **más estructurado y formal con respecto a la coordinación**, más allá de los encuentros y planes específicos de campo aislados. Esta propuesta contempla el establecimiento de secretarías con estructuras de gobernanza.

Es claro que esta medida implicaría un cambio en el statu quo de la operación de los fondos establecidos y de las GHI; por ello, se propone llevarla a cabo en etapas graduales, aunque breves. Se puede dar inicio estableciendo una secretaría con funciones de coordinación compuesta por los principales contribuyentes financieros, por ejemplo, la cartera de salud global de la UE o las GHI que operan en una determinada geografía, para luego ampliarse. En las etapas tempranas, la estructura de gobernanza debe centrarse en la planificación y coordinación programática y geográfica de las actividades. Lo ideal sería crear planes bienales en los que se definan las necesidades, el papel de las diferentes partes interesadas, las convocatorias de financiación, así como los mecanismos y las métricas operacionales. Dichos objetivos pueden revisarse cada dos años de acuerdo con el proceso y el entorno cambiante (financiación, recursos, desafíos operacionales, conflictos, necesidades emergentes, entre otros). Como prueba de concepto, los EFAC han adoptado este enfoque en materia sanitaria (Líbano cuenta con una estructura y mecanismo de coordinación establecidos), el cual ha resultado relativamente exitoso. Sin duda, el establecimiento de un modelo regional será más complicado, aunque asequible.

Naturalmente, la propuesta contempla la participación de todas las partes interesadas, incluidas las organizaciones de la sociedad civil (OSC), el sector privado y otros actores relevantes.

4. Innovación contextualizada y manufactura regional

La COVID-19 ha traído a la luz la importancia y la relevancia de un enfoque descentralizado con respecto a los retos sanitarios globales. Incluso luego de la creación de nuevas iniciativas solidarias globales, como el Acuerdo sobre Pandemias (adoptado en mayo de 2025), resulta evidente la necesidad de invertir y fortalecer los centros regionales de I+D y manufactura. Se trata de un componente estratégico de una arquitectura sanitaria replanteada que no solamente brindaría apoyo a las soluciones contextualizadas, sino que promovería el desarrollo de las economías y las sociedades, al tiempo que representaría una salvaguarda ante los desafíos logísticos y financieros de las cadenas de suministro y los contextos geopolíticos.

Las instituciones académicas deben fungir como “anclas” dentro de este movimiento, dado que el mismo se alinea con sus misiones o “productos o logros” en materia de destrezas, ideas y desarrollo humano. El sector privado es también un aliado fundamental y un incubador en este sentido, contando con el respaldo y el apoyo público.

Durante muchas décadas, la comunidad de la financiación sanitaria internacional ha apoyado iniciativas en ese contexto. Sin embargo, debería adoptarse un enfoque más estratégico, con la mirada puesta en áreas de prioridad más focalizadas, visto desde la óptica de la sostenibilidad y el desarrollo.

5. El fortalecimiento y desarrollo institucional como inversión estratégica

Durante las últimas décadas, muchas GHI han adoptado enfoques y programas específicos para poblaciones y enfermedades, los cuales han sido incorporados en las estructuras del sistema sanitario y del aparato de atención médica de muchos PIBM, incluidos algunos que forman parte de MECA. Aunque el objetivo de dichos esfuerzos era necesario (y lo sigue siendo), ha dado lugar a silos de poder como subproducto del apoyo financiero para estos programas dentro de la arquitectura del sistema sanitario. La versión “reformada” de estos programas debería incluir el objetivo estratégico declarado con respecto al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, sin embargo, la traducción al ámbito operacional de dicha meta no ha permeado con suficiente fuerza en vista de los recursos y las dinámicas de poder que se desprenden de los objetivos enunciados de las GHI.

En esta propuesta se hace énfasis en la importancia de una inversión consistente en la salud global y en las instituciones del sistema sanitario como unidades “completas”. La versión reformada anteriormente descrita debe llevarse al plano operacional e infundirse en el sistema en su totalidad, incluso si es necesario llevar a cabo esfuerzos más arduos y una inversión que pareciera exceder el alcance previsto. Se ha observado y documentado que los sistemas sanitarios más robustos apoyan y potencian la eficacia y la eficiencia de los programas nacionales y globales para el control de enfermedades. A manera de ejemplo, si el objetivo es fortalecer las estructuras y procesos de vigilancia epidemiológica para una enfermedad infecciosa, debe llevarse a cabo una evaluación e investigación respecto a la totalidad de ese programa de vigilancia epidemiológica dentro de la estructura de salud pública, y, de ser posible, fortalecer los aspectos de prevención y tratamiento de esas enfermedades a través del mecanismo de coordinación que se destacó en la sección anterior. Este enfoque abarcador sin duda rendirá frutos para los financiadores, las entidades nacionales y otras partes interesadas. Esto podría conseguirse adoptando una perspectiva más amplia de la salud global y, en el aspecto operacional, estableciendo un mecanismo de coordinación donde una entidad tenga la oportunidad de visibilizar sus prioridades y solicitar el apoyo de otras partes interesadas.

Queda entendido de sobra que la “fatiga del donante” en dichas inversiones es un hecho recurrente, en particular en países frágiles con gobiernos deficientes. Sin embargo, son estos sistemas la alternativa que representa la mejor opción para un enfoque sostenible de las prioridades globales y nacionales, como la vigilancia y el control de enfermedades, la preparación ante situaciones de crisis y los sistemas de prestación de servicios sanitarios, entre muchas otras. Esto tiene por fin otorgarle mayor relevancia a países que están abordando desafíos relacionados con personas refugiadas y desplazadas, al tiempo que constituyen estados frágiles, siendo muchos de ellos integrantes de MECA.

Un tema a considerar importante se relaciona con los **bienes públicos globales**. Hay varias formas y estructuras que se describen a continuación que podrían apoyar la provisión de dichos bienes, entre las que se encuentran el arraigo a nivel regional de las instituciones sanitarias globales, los mecanismos de coordinación y la transición hacia una mayor innovación y manufactura local, con otros actores desempeñando un papel de facilitación.

En esta propuesta se asume que, a través de las formas y estructuras sugeridas, el compartir estos bienes públicos se verá facilitado en gran medida con la consecución de las reformas. Por ejemplo, el enfoque en el fortalecimiento del sistema a nivel nacional en conjunto con instituciones arraigadas regionalmente promoverá la posibilidad de compartir la información sobre vigilancia epidemiológica a través de las fronteras, la cual es necesaria para el monitoreo, la preparación y la acción. Asimismo, el énfasis en el incremento de la manufactura a nivel regional facilitaría el acceso a medicamentos y vacunas (equipo de protección personal (EPP) en una situación análoga a la que se observó durante la COVID) que en contextos normales sería difícil conseguir debido a la competencia global por los recursos.

Una arquitectura sanitaria global replanteada: vías de reforma

Para conseguir la visión de una nueva arquitectura sanitaria global es necesario llevar a cabo reformas a nivel institucional, estructural y operativo.

Vías de reforma: avanzar en una agenda regional que esté alineada con las prioridades y necesidades de la salud global

Sin una reforma, el aspecto sanitario en MECA seguirá fragmentado, con financiación insuficiente y sin la preparación adecuada para enfrentar las amenazas emergentes. Es posible que la inversión para la armonización y las soluciones lideradas desde lo local impliquen costos iniciales para la coordinación y la inversión, pero los beneficios a largo plazo respecto a la resiliencia, equidad y eficacia superan con creces dichos costos. De no actuar, se agudizarán las desigualdades en el ámbito de la salud y la dependencia de la asistencia externa en muchos países de la región. En ese contexto, en esta sección se presentan cinco vías de reforma con miras a una arquitectura sanitaria global replanteada. Además, en la tabla en la página 9 se detallan los pasos concretos, los actores y roles, así como los plazos para su implementación en 2025-2027.

Vía de reforma 1. Eficiencia institucional y funcional

Resulta necesario participar en una reingeniería de la salud global y las instituciones del sistema sanitario partiendo de las funciones y las características deseadas en una arquitectura sanitaria global replanteada. Esto debería llevarse a cabo a diferentes niveles, incluidas las instituciones nacionales, las entidades regionales, así como la ONU y los organismos internacionales que brindan apoyo a las funciones sanitarias globales.

Al mirar de cerca las entidades sanitarias nacionales se observa una proliferación de unidades dentro del ecosistema sanitario global, incluidos los ministerios de salud, que muchos casos resultan redundantes o crean duplicidad en las funciones. Esta situación debe reformarse para que haya una mejor alineación y crear eficiencias en el sistema con un componente de fortalecimiento institucional.

Esta observación encuentra eco en muchos organismos de la ONU y otras instancias internacionales. En la actualidad, la mayor parte de ellas lleva a cabo una reducción “forzosa” de las funciones y unidades en expansión, tanto dentro de las organizaciones como entre ellas, y, lamentablemente, esto no sucedió a partir de un ejercicio de autorreflexión, sino como consecuencia de recortes en la financiación. Sin embargo, este escenario puede representar una oportunidad valiosa para consolidar funciones y avanzar hacia operaciones más eficientes en organizaciones que han admitido sus propias ineficiencias.

En respuesta a la pregunta de “¿cómo logramos ese objetivo?”, el proceso debe iniciarse a través de una revisión encargada respecto de las estructuras funcionales y las funciones institucionales. La revisión que se encargue, preferiblemente a cargo de una combinación de actores internos y externos, podría culminar en decisiones ejecutivas que incluyen desde consolidaciones funcionales e institucionales hasta actividades de eliminación más radicales. Esta revisión toma un tiempo considerable y debe acompañarse con compromisos de alto nivel con respecto a la reforma.

Vía de reforma 2. Reforma de la financiación: solidaridad, integración de fondos, eficiencia y vinculación del sector privado

La reforma de la financiación sanitaria regional e internacional debe estar centrada en un conjunto de temas claves, y avanzar de manera articulada a fin de permitir la sostenibilidad financiera.

La solidaridad regional es un factor fundamental. La heterogeneidad de la región en términos de los niveles de ingreso, las capacidades y la infraestructura institucional hace posible la transferencia de recursos por diversos medios que no incluyen únicamente los recursos financieros (PIA a PIBM), sino también en las áreas de recursos humanos (principalmente de los PIBM a los PIA), experiencia institucional, adopción digital y activos no financieros (medicamentos y suministros). Es necesario unir los recursos y los esfuerzos a través de iniciativas regionales, como el Fondo Solidario para la Salud MECA.

Para superar las ineficiencias generadas por la segregación de la financiación para la salud y los servicios sanitarios, también será fundamental emprender esfuerzos de reforma que incrementen la concentración de recursos en fondos comunes.

Estos puntos no son exclusivos para los organismos regionales, sino que también tienen aplicabilidad para la financiación sanitaria global. Los mecanismos formales de coordinación jugarán un papel clave para garantizar que se minimice la duplicidad geográfica y programática, con el fin de asegurar la eficiencia en la financiación (véase también la Vía de Reforma V sobre por qué resulta fundamental la integración de la eficiencia y el valor en la programación de la salud global).

La vinculación del sector privado ha sido insuficiente fuera de su participación en la atención secundaria y terciaria en algunos países, junto con un sector farmacéutico de alcance reducido. Aún queda mucho por hacer, especialmente si se implementan arreglos institucionales adecuados y se ponen en marcha mecanismos respaldados por el gobierno para promover la participación del sector privado.

Tabla 1: Funciones centrales propuestas para el nexa sanitario global

Reforma	Vías para la implementación	Pasos prácticos	Actores y funciones	Plazo
Eficiencia institucional y funcional	Revisión de los roles institucionales y funcionales dentro de las entidades nacionales, regionales e internacionales.	Se encargan y llevan a cabo revisiones funcionales e institucionales.	Organizaciones nacionales, regionales e internacionales facilitadas por expertos internos o externos.	TRIMESTRE 1-2 2026
		Decisiones/decretos ejecutivos para reestructurar las entidades o delegar/ combinar funciones con base en el informe encargado.	Organizaciones nacionales, regionales e internacionales.	2026-2027
Reforma de la financiación: Enfoque en la solidaridad, la combinación de fondos y la participación y eficacia del sector privado.	Establecimiento del Fondo Solidario para la Salud MECA.	Trabajo preparatorio para el Fondo (alcance, estructura propuesta, gobernanza, secretaría, portfolio, contribuciones).	Representantes nacionales, OSC, entidades regionales (p. ej., la Liga de Estados Árabes, organismos de la ONU), expertos [todo a través de grupos de trabajo].	2026 - TRIMESTRE 1 2027
		Reunión de alto nivel para la adopción regional.		TRIMESTRES 2-3 2027
	Participación del sector privado.	Encargo de una estrategia regional para la participación del sector privado (áreas, catalizadores y facilitadores, propuestas de valor, etc.).	- Asociaciones del sector privado. - Expertos (con comentarios de las partes interesadas).	2026
		Reunión regional para la divulgación y la adopción.	Entidades regionales.	TRIMESTRE 1-2 2027
Cambio del poder a actores regionales y nacionales.	Establecer un CDC de MECA (puede ser común entre MENA y Asia Central, o entidades conjuntas pero independientes).	Trabajo preparatorio para el CDC (alcance, estructura propuesta, gobernanza, secretaría, portfolio, contribuciones).	Representantes nacionales, sociedad civil, entidades regionales (p. ej., la Liga de Estados Árabes, organismos de la ONU), expertos [todo a través de grupos de trabajo].	2026 - TRIMESTRE 1 2027
		Reunión de alto nivel para la adopción regional.		TRIMESTRES 2-3 2027
	Otras entidades regionales por identificar.	Encargo de la revisión del alcance/ exploratoria de las necesidades y capacidades.	Expertos (con comentarios activos de las partes interesadas).	2026 - TRIMESTRE 2 2027
Un enfoque basado en los datos para la asignación de la financiación sanitaria internacional y regional.	Desarrollo de una matriz (y enfoque asociado) según las "necesidades del país" para asistencia internacional y regional.	Encargo del diseño, los parámetros, los aportes y la metodología de la matriz.	Partes interesadas nacionales, regionales y globales facilitadas por expertos.	2026
		Adopción de la matriz mediante reuniones internacionales/regionales.	Donantes internacionales y regionales, países, instituciones sanitarias globales, sociedad civil, expertos.	TRIMESTRE 1-2 2027
	Métricas regionales sobre las métricas de salud global basadas en el valor.	Trabajo preparatorio sobre el marco propuesto, las métricas de valor y guía (fuentes de datos, enfoque metodológico).	Expertos, representantes de entidades y asociaciones sanitarias nacionales y regionales, organizaciones de la sociedad civil.	2026 - TRIMESTRE 1 2027
		Reunión regional para la divulgación y la adopción.	Entidades regionales.	TRIMESTRES 2-3 2027
Reforma para la salud digital: Sistemas informáticos estandarizados, integración digital, interoperabilidad y eficiencia funcional.	Alcance del estado actual y la adopción/ adaptación de los datos regionales y la integración de salud digital.	Revisión del alcance del estado actual (infraestructura, necesidades, capacidades, desafíos y recomendaciones).	Expertos.	2026
		Reunión ejecutiva regional sobre las necesidades mínimas de datos y operabilidad/integración digital.	Donantes internacionales y regionales, países, instituciones sanitarias globales, sociedad civil, expertos.	TRIMESTRE 1-2 2027
	Adopción responsable de la IA con parámetros precisos de gobernanza de datos.	Encargo de una estrategia regional para la adopción responsable y contextualizada de la IA (con un componente de gobernanza de datos propuesto).	Expertos (con comentarios activos de las partes interesadas).	2026
		Reunión regional para la divulgación y la adopción.	Partes interesadas regionales e internacionales.	TRIMESTRE 1-2 2027

Vía de reforma 3. Trasladar la autoridad a actores regionales y nacionales

Aunque existe una necesidad continua de interactuar con partes interesadas a nivel global, los retos recientes en la salud global que afectan a la región MECA y otras más han subrayado la relevancia y la importancia de la inversión y el fortalecimiento de las entidades y los actores regionales y nacionales.

En ese contexto, esta propuesta contempla el desarrollo de entidades regionales especializadas como los CDC de MECA, centros de excelencia en preparación ante situaciones de crisis, IA y salud digital, entre otros. La ubicación de estos centros regionales debe establecerse en países relevantes a fin de garantizar un sistema de gobernanza que favorezca equilibrado que favorezca una representación adecuada entre países que no estén condicionados por las fuentes de financiación y en transición en las estructuras de gobernanza, incluida la sociedad civil.

Es importante señalar que estas instituciones no serían estructuras paralelas a las existentes, ya que ello sería contraproducente desde la perspectiva de la duplicidad, la eficiencia y la asignación de recursos. En su lugar, la revisión de funciones y roles descrita en la Vía de Reforma I será fundamental para determinar cuáles funciones y arreglos institucionales serían los más eficaces y eficientes. Esto podría requerir la toma de decisiones de fondo que supongan la consolidación o el cierre de estructuras existentes.

Un aspecto prioritario de la reforma e inversión regional debe ser la investigación y el desarrollo (I+D) y la manufactura. Es necesaria la inversión a nivel regional, respaldada por los gobiernos, la comunidad de financiación sanitaria internacional y el sector privado. Estas inversiones pueden coordinarse a través de un **Fondo Regional para la Innovación en la Salud y la Manufactura** que esté enfocado en las prioridades sanitarias regionales.

Vía de reforma 4. Un enfoque basado en los datos para la asignación de la financiación sanitaria internacional y regional.

Gran parte de la financiación sanitaria internacional vigente, en particular la “asistencia internacional” bilateral y multilateral, está guiada por las agendas y prioridades de los donantes, con reconocida influencia geopolítica. Sería poco sensato plantear un cambio estratégico respecto a este modelo, el cual ha existido desde el origen mismo de las civilizaciones. Sin embargo, una arquitectura repensada aspira a que el apoyo se base y esté orientado por datos y hechos que sean un reflejo de las necesidades. Entre las mismas se encuentran el peso de la enfermedad en la ubicación geográfica receptora (subnacional, nacional y regional), el estado de la infraestructura (fragilidad del sistema sanitario), gobernanza y transparencia, prioridades enunciadas y, Sí, las iniciativas impulsadas por la eficiencia.

En este último ámbito, el principio de eficiencia en la programación sanitaria global ha sido, por décadas, objeto de debate y críticas, al percibirse como un asunto poco ético o ajeno a la naturaleza de una causa tan loable como la salud

global. Sin embargo, el paso del tiempo amerita un cambio de mentalidad y perspectiva. No solamente existe una necesidad respecto a la eficiencia como componente principal para la programación sanitaria global, esta propuesta también contempla la adopción de un enfoque basado en valores para la salud global. Para los fines de esta propuesta, el valor no se refiere de manera exclusiva al costo financiero directo, a pesar de que constituye el componente principal. La salud global basada en el valor (SGBV) debe desarrollarse como un marco universal que tenga como prioridad un costo mínimo por unidad de resultado en valor. La definición de los resultados de valor debe incorporar métricas aceptadas que incluyan la equidad y los valores sociales pertinentes. Esto abarca desde la inversión en la APS (debido a que ha demostrado ser costo-efectiva) hasta otras iniciativas de salud pública, adquisiciones conjuntas, la producción de vacunas tanto a nivel regional como nacional, entre muchos otros ejemplos.

Para que todo el concepto pueda materializarse, es necesario emplear un enfoque escalonado que incluya, como primer paso, un énfasis por parte de las instituciones sanitarias globales y los donantes en la infraestructura y la generación de datos a nivel nacional y regional. Algunos de estos datos ya están generados. Sin embargo, su integración en formatos útiles, para los fines de esta propuesta, continúa siendo insuficiente. Tras esta fase, correspondería desarrollar un sistema de incentivos ponderados integrado entre los financiadores internacionales de la salud (que también podría ser a nivel nacional), que incluya métricas críticas de carga y rendimiento, las cuales también alimentarían las métricas basadas en el valor. La magnitud y el peso del incentivo tendrán que aplicarse de forma progresiva, aunque suficiente, para que pueda reflejar la complejidad de las distintas necesidades Y, al mismo tiempo, servir de estímulo para que los países y los sistemas mejoren su capacidad de respuesta y desempeño.

Vía de reforma 5. Reforma para la salud digital: sistemas informáticos estandarizados, integración digital, interoperabilidad y eficiencia funcional

La reforma de la infraestructura y procesos de generación de datos es una piedra angular en el proceso de mejoramiento para el seguimiento y el apoyo de los esfuerzos más amplios encaminados a la reforma de la arquitectura sanitaria global. Debería además promover la uniformidad regional de los datos, la interoperabilidad y una mayor integración digital, siempre que esto resulte factible. La aplicación e integración de la salud digital debería ser un componente fundamental de esta vía. Esto respaldaría los esfuerzos nacionales y regionales para integrar herramientas de salud digital en las actividades de recopilación e integración de datos, así como las funciones básicas de la salud global y el sistema sanitario. Esta vía de reforma supone un compromiso a largo plazo e inversión en la infraestructura de los sistemas informáticos, que idealmente debería contar con componentes de IA. Además, los sistemas y procesos deben priorizar una adopción de la IA que sea responsable a escala global y esté contextualizada, estableciendo parámetros precisos de gobernanza de datos.

Conclusión

Esta propuesta plantea vías de reforma que integren una visión “abarcadora” de la salud global, aunque se subraya la importancia de la descentralización de componentes significativos que, para garantizar la sostenibilidad, eficacia y eficiencia, conviene diseñar y concebir a nivel regional. Se contempla que exista un rol complementario entre las partes interesadas de la financiación sanitaria internacional, las GHI y los actores regionales, con el fin de apoyar la implementación de estas vías de reforma. Asimismo, la propuesta aboga por un impulso abarcador y no excluyente que promueva y apoye de forma activa el intercambio de conocimientos y recursos en el marco de la cooperación Sur-Sur. La región MECA está lista para asumir un papel de liderazgo. Con inversiones dirigidas, solidaridad regional y reformas audaces que puedan mejorar la eficiencia y las iniciativas basadas en el valor, los países pueden trabajar en conjunto para construir sistemas sanitarios resilientes y equitativos que atiendan los desafíos únicos que enfrenta esta región tan diversa. Las partes interesadas de todos los gobiernos, las organizaciones multilaterales, la sociedad civil y el sector privado deben comprometerse a adoptar medidas concretas para hacer realidad ese futuro.

Notas finales

1. Banco Mundial. *Indicadores del desarrollo mundial*. 2024; Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

2. Saleh, S. y otros, *Assessing innovative approaches for global health capacity building in fragile settings in the MENA region: development of the evaluation of capacity building (eCAP) program*. Conflict and health, 2022. 16(1): p. 31.

3. ACNUR, *Update on UNHCR operations in the Middle East and North Africa*. 2025.

4. Jakovljevic, M. y otros, *Comparative financing analysis and political economy of noncommunicable diseases*. Journal of Medical Economics, 2019. 22: pp. 722-727.

5. Naal, H. y otros, *A systematic review of global health capacity building initiatives in low-to middle-income countries in the Middle East and North Africa region*. Globalization and Health, 2020. 16.

6. Mataria, A. y otros, *Transforming health financing systems in the arab world toward universal health coverage, en Handbook of Healthcare in the Arab World*. 2021, Springer. pp. 1-50.

7. Saleh, S. y F. Fouad, *Political economy of health in fragile and conflict-affected regions in the Middle East and North Africa region*. Journal of Global Health, 2022. 12.

8. Balkhi, B., D. Alshayban y N. Alotaibi, *Impact of Healthcare Expenditures on Healthcare Outcomes in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Cross-Country Comparison, 1995–2015*. Frontiers in Public Health, 2021. 8.

9. Katoue, M. y otros, *Healthcare system development in the Middle East and North Africa region: Challenges, endeavors and prospective opportunities*. Frontiers in Public Health, 2022. 10.

10. Clark, H. y E.J. Sirleaf, *The Pandemic Agreement is a milestone: now it is time for action in national capitals*. The Lancet, 2025.

Acrónimos

MECA	Oriente Medio y Asia Central, por sus siglas en inglés	APS	Atención primaria de salud siglas
MENA	Oriente Medio y Norte de África, por sus siglas en inglés	CCG	Consejo de Cooperación para los Estados Árabes del Golfo
PIA	Países de ingresos altos	OMS	Organización Mundial de la Salud
PIBM	Países de ingresos bajos y medios	CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, por sus siglas en inglés
PD	Pago directo	EPP	Equipo de protección personal
EFAC	Entornos frágiles y afectados por conflictos	OSC	Organizaciones de la sociedad civil
CUS	Cobertura universal de salud	SGBV	Salud global basada en el valor
GHI	Iniciativas de Salud Global (Global Health Initiatives)		
I+D	Investigación y desarrollo		

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 Shadi Saleh

Shadi Saleh is the Founding Director of the Global Health Institute and a Professor of Health Systems and Financing at the American University of Beirut (AUB) in Lebanon.

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