

Propuesta para transformar la arquitectura sanitaria global

Por Kelley Lee
Con la colaboración
de Julianne Piper y Miranda Nonis

Una perspectiva de la región de
Europa y América del Norte



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

Los acuerdos institucionales vigentes para la salud mundial han evolucionado a lo largo del tiempo de forma ad hoc y *laissez faire*. En un sentido figurado, el resultado es similar a una “ciudad” muy codiciada pero mal planificada que está plagada de inequidades, edificaciones incompletas, infraestructura distribuida al azar, una fuente de financiación insegura y gobernanza fragmentada. De modo que no existe una “arquitectura” sanitaria global en sentido estricto. La retirada de Estados Unidos del liderazgo de la salud mundial, como financista principal y residente más influyente de tal “ciudad”, ha puesto en jaque la viabilidad de esta. Al mismo tiempo, esta gran disrupción ofrece a los residentes que quedan la valiosa posibilidad de abordar problemas de larga data en el diseño general de esta “ciudad”. Por lo tanto, este ejercicio es una oportunidad para modificar los acuerdos institucionales que constituyen la base de la salud mundial.

A diferencia de los reiterados pedidos de reformas que implican ajustes menores en organizaciones de salud mundial individuales, este artículo propone innovaciones para transformar las instituciones, los productos y los procesos que promueven la cooperación sanitaria global. Nuestra propuesta es intencionalmente provocadora con el propósito de fomentar la reflexión crítica. Le pedimos a la comunidad mundial que considere en qué consiste la arquitectura sanitaria global de diseño intencionado y planificado. Dejando de lado la tendencia de oscilar entre una lista de quehaceres inviable y listas reducidas definidas por donantes, proponemos una arquitectura sanitaria global que se alinee con un mundo en el que la salud humana se define por la interconexión planetaria, requiere el pensamiento sistémico complejo y avanza mejor con la priorización de la equidad.

Creemos que la transformación de la arquitectura sanitaria global comienza con buenas prácticas “de construcción”. Por lo tanto, se debe acordar un plan de diseño que identifique con claridad las deficiencias sistémicas existentes y las necesidades (qué significa la salud mundial). Así, el pensamiento de diseño innovador proporciona el marco para elaborar propuestas de cambios significativos. El objetivo de la *innovación institucional* es alinear la arquitectura sanitaria global con el nuevo orden mundial emergente y las necesidades prioritarias. Proponemos que la OMS y las iniciativas de salud globales existentes se consoliden, racionalicen y suplementen para formar un nexo sanitario global (**Global Health Nexus, GHN**) basado en redes. Estamos convencidos de que, bajo el liderazgo técnico y normativo de un **consejo administrativo** de 12 miembros; gobernada por una **organización de salud global (Global Health Organization, GHO)** con una asamblea constituyente, un **consejo ejecutivo** y un **consejo científico**, y administrada mediante seis centros, esta nueva arquitectura estará más conectada, será más ágil y responderá más rápidamente.

Para la *innovación en productos*, hay seis funciones centrales que son esenciales para la acción sanitaria global colectiva. A fin de evitar dificultades constantes por tratar de hacer “todo en todos lados y al mismo tiempo” con recursos escasos, proponemos implementar un sistema sustentable que ofrezca funciones centrales específicas para beneficiar a todos los países. Además, proporcionar con excelencia estas funciones centrales, que no ofrecen o no pueden ofrecer los países individualmente, recobraría la confianza del público en las instituciones sanitarias globales.

La *innovación en procesos* transforma la representación y la toma de decisiones, que aprovechan a los diversos actores que contribuyen a la salud mundial, además de incrementar la transparencia, la responsabilidad y la confianza pública en los procesos sanitarios globales.

Para concluir, proponemos una hoja de ruta que revolucionará la arquitectura sanitaria global en 24 meses, transformando la “ciudad” mal planificada con edificaciones, infraestructura, gobernanza y financiación desordenadas en una comunidad bien diseñada y gestionada con beneficios para todos los ciudadanos. Esta hoja de ruta implica una declaración general sobre la reconstrucción de la arquitectura sanitaria global, un plan de participación del público y consulta a este, el nombramiento y la convocatoria del consejo administrativo de salud mundial para la presentación de un diseño preliminar, la formación de un grupo de fundadores para desarrollar acuerdos financieros transicionales y a largo plazo, el establecimiento de un comité de preparación técnica que redacte documentos legales y técnicos para el nuevo diseño, y la celebración de una cumbre de salud mundial para acordar el nuevo plan y definir los documentos constitutivos.

1.0 Introducción

Creación de instituciones sanitarias globales en el siglo XXI

“Cuando se pone en pausa una máquina, esta se detiene. Pero cuando se pone en pausa a un ser humano, este comienza a reflexionar, cuestionar lo que asumía e imaginar un camino mejor”.¹

El reciente y abrupto fin de lo que se conoció como la “época dorada” de la financiación de la salud mundial alteró el sistema completo. Aun así, numerosos intentos de reforma del pasado señalan una necesidad de cambio de larga data.²⁻⁵ Desde el año 2000, hubo cuatro programas de reforma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 17 grupos de expertos de alto nivel para mejorar la respuesta global ante crisis sanitarias de gran magnitud,^{6,7} al menos diez comisiones independientes para distintos problemas de salud mundial⁸ y múltiples mecanismos de financiación, fondos y asociaciones de varias partes interesadas.^{9,10} La pandemia de COVID-19 reafirmó la gran importancia de la gobernanza sanitaria global, pero puso a prueba a las instituciones existentes. En consecuencia, disminuyó la confianza del público en el Gobierno, la salud pública e incluso la ciencia.^{11,12}

Mientras que la desinformación y la retórica populista contribuyen a esta tendencia,¹³ hace tiempo existe la necesidad de una autorreflexión más profunda y un cambio sistémico. Desde los 90, la creación de instituciones sanitarias globales impulsada por donantes¹⁴ ha evolucionado sin una visión general ni un diseño estratégico. Las funciones que se cumplen mediante este sistema *laissez-faire* suelen carecer de coordinación y financiación sostenida. La incertidumbre constante, los plazos cortos y la pérdida de memoria institucional han dejado la salud mundial a merced de los ciclos políticos.^{15,16} Lo que comúnmente se conoce como “arquitectura sanitaria global” tiene poca similitud con el significado de esa frase: un sistema organizado o integrado de componentes institucionales con funciones específicas.

En un sentido figurado, la salud mundial es como una “ciudad” que ha surgido paulatinamente según la disposición de recursos. Junto a lotes abandonados y viviendas modestas, hay edificios opulentos. Cada construcción tiene su propio estilo arquitectónico, que refleja los recursos disponibles y el gusto personal. Sin una oficina central de planificación, tal “ciudad” puede tener cuatro hospitales y a la vez carecer de planta depuradora o parque de bomberos. Las carreteras públicas y los sistemas de transporte pueden ofrecer conexiones a algunas partes de tal “ciudad”, pero no a todas. Además, no se reconoce a una autoridad gubernamental única, sino que existen múltiples autoridades que gobiernan partes específicas de la “ciudad”. Eso equivale a la ausencia de un sistema impositivo central. Algunos servicios públicos se pagan mediante cuotas de membresía, y otros dependen de donaciones. Por lo tanto, el modo de asignar recursos a distintos fines varía. Por ejemplo, no queda claro quién tiene la autoridad, la responsabilidad y la capacidad de satisfacer las necesidades urgentes o importantes a medida que se presentan.

La analogía de una “ciudad” mal planificada y poco funcional se usa en este artículo a fin de proponer ideas para la construcción de la arquitectura sanitaria global que falta. En lugar de más reformas, que apenas hacen modificaciones superficiales a las instituciones existentes, se necesita con urgencia volver a empezar de cero. Guiados por las “buenas prácticas de construcción”, en primer lugar, estableceremos un “plan de diseño” para lo que queremos construir. ¿Qué es la cooperación sanitaria global? ¿Cuáles son los principios de diseño que nos guiarán? En segundo lugar, presentaremos un diseño centrado en la innovación institucional, en productos y en procesos. Aunque no podemos hacer planes de construcción detallados, nos proponemos desafiar las suposiciones anticuadas y promover nuevas formas de pensar. En tercer lugar, describiremos la hoja de ruta para propiciar el cambio significativo con pasos prácticos.

¹ Las buenas prácticas de construcción incluyen técnicas y metodologías para garantizar que las edificaciones sean seguras, duraderas, sustentables y eficientes. (Es decir, optimizan el diseño, la selección de materiales y los métodos de construcción para crear estructuras de alta calidad que satisfagan las necesidades de los ocupantes y minimicen el impacto en el medioambiente).

¹¹ Un plan de diseño es un documento que describe los requisitos de un cliente para un proyecto de construcción y sienta las bases para la etapa de diseño. En esencia, son las instrucciones del cliente para el equipo de diseño y construcción, que garantizan que todos conozcan el propósito, el alcance y el objetivo del proyecto.

2.0 El plan de diseño

2.1 Redefinición de la cooperación “sanitaria global”

La diversidad de actividades sanitarias globales se debe a límites imprecisos, ya que ha habido grandes dificultades para acordar una definición.¹⁷ Los orígenes imperialistas de la cooperación sanitaria, que con el correr del tiempo se conocieron como medicina tropical y salud mundial, han unificado indebidamente la salud global con el desarrollo sanitario.¹⁸ La estructura dominante aún es definida por los donantes, carente de sentido geográfico e injusta geográficamente a pesar de los esfuerzos para descolonizar la salud mundial.¹⁹ Además, al equipararse la salud mundial con el desarrollo, se alimenta la percepción pública de que la financiación es benéfica en esencia y, por lo tanto, discrecional.²⁰ Considerar que la salud mundial se define por las necesidades de los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) también subestima la universalidad de los impulsores clave de resultados sanitarios en un mundo interconectado (por ejemplo, el cambio medioambiental, el comercio y la inversión, las actividades ilícitas, los movimientos poblacionales).^{21,22} Al mismo tiempo, la salud mundial no puede abarcar todas las cuestiones sanitarias de todos los países, ya que eso es simplemente la “salud”.²³

Por consiguiente, la cooperación sanitaria global no debe definirse como una lista de quehaceres inviable ni como una lista reducida definida por donantes.^{24,25} Cualquier arquitectura tendría dificultades para lograr su propósito sin límites claros que determinen su alcance.²⁶ Para iniciar la conversación, aplicamos una definición reciente que pone énfasis en la interconectividad, el pensamiento sistémico y la equidad. La salud mundial abarca:

*el bienestar físico, mental, social y ecológico interconectado de las personas, las comunidades y las poblaciones del mundo. La salud mundial comprende las relaciones complejas de salud entre los seres humanos, los animales y el planeta, y la necesidad de tratar las inequidades y desigualdades que surgen de la intersección de factores económicos, medioambientales y sociales.*²⁷

2.2 Innovación como principio de diseño

En el mundo de los negocios, la *mejora* de productos y procesos existentes no es lo mismo que la innovación, que es “algo completamente diferente... que enriquece la vida de los clientes”.²⁸ Las empresas enfrentan una presión constante por innovar, pero esa presión se agudizó desde mediados del siglo XX. Solo seis de las 25 empresas que lideraban la lista Fortune 500 en 1961 permanecen en ella en la actualidad. Desde esa época hasta el presente, la esperanza de vida promedio de las empresas de la lista Fortune 500 ha disminuido de 75 a 15 años.²⁹ Creemos que las instituciones públicas deben evolucionar a medida que las necesidades y las circunstancias cambian.³⁰ La innovación en el sector público es especialmente importante hoy en día debido a la estrecha relación entre la confianza del público en el Gobierno y la prestación eficaz de servicios públicos.³¹

Proponemos tres tipos de innovación para transformar la cooperación sanitaria global. La *innovación institucional* está relacionada con el “modelo de negocios” mediante el cual una organización ofrece su producto o función.³² ¿Qué reestructuración podemos hacer para optimizar la acción colectiva en pos de la salud mundial? Con la *innovación en productos*, se crean productos nuevos o se mejoran significativamente los existentes. ¿Cuáles deben ser las funciones centrales de la arquitectura sanitaria global? Con la *innovación en procesos*, se mejora la creación y el ofrecimiento de productos o funciones mediante, por ejemplo, tecnologías nuevas, flujos de trabajo optimizados o cadenas de suministros seguras.³³ ¿Cómo se pueden proporcionar las funciones centrales acordadas para la salud mundial de forma más eficiente, efectiva y significativa?

3.0 El diseño

3.1 Innovación institucional: ¿Cómo se puede reestructurar la arquitectura sanitaria global?

Hasta la fecha se propusieron muchas reformas a los mandatos, los programas y las actividades de la OMS, que se asemejan a enchufar más periféricos en una computadora que se está volviendo obsoleta.³⁴ La proliferación de iniciativas sanitarias globales que se produjo a fines de los 90 fue, en parte, una respuesta a la insatisfacción con el alcance y el avance de estas reformas.^{35,36} Mientras que reformas e iniciativas adicionales pueden introducir mejoras incrementales, el mundo ha evolucionado con mayor rapidez. La globalización cambió de manera fundamental cómo se organizan y conectan las sociedades, qué frecuencia y velocidad tiene los flujos transfronterizos, y qué problemas de acción colectiva surgen de esta interconectividad. Los desafíos crónicos de la cooperación sanitaria global, y la disrupción drástica que enfrentamos en la actualidad, agudizan la necesidad de dar un salto hacia un diseño institucional innovador que esté más conectado, sea más ágil y responda con más rapidez ante las necesidades que evolucionan, lo que Hagel denomina el “el gran cambio”.³⁷

Nosotros proponemos transformar “la ciudad” mal planificada en un **nexo sanitario global (GHN)** que retrate a todas las partes interesadas,

(Figura 1). El GHN estaría regido normativamente por un **consejo administrativo** independiente y liderado operativamente por una **organización de salud global (GHO)**. La GHO estaría formada por una *asamblea constituyente* (integrada por representantes estatales y no estatales), un *consejo ejecutivo (CE)* (con líderes de seis centros) y un *consejo científico (CC)* (formado por expertos independientes de diferentes disciplinas). La implementación de las decisiones de la GHO se haría a través de seis centros, cada uno responsable de una función central acordada (ver detalles en la sección 3.2), en lugar de un área de contenido (por ejemplo, enfermedades contagiosas). El líder de cada centro (por ejemplo, el director de finanzas o el de operaciones) actuaría según normas y estándares establecidos para su dominio. Por ejemplo, el centro de conocimientos se regiría por métodos y principios científicos ampliamente aceptados para garantizar la calidad y la independencia (por ejemplo, evaluaciones de pares, declaraciones de intereses). Los centros se distribuirían geográficamente en lugares donde existiera una oferta o demanda concentrada de experiencia o recursos especializados. A fin de reducir costos, los centros se encontrarían en instalaciones económicas y contarían con la asistencia de tecnología para garantizar la conectividad y la accesibilidad.³⁸

Una responsabilidad clave del consejo administrativo sería usar un inventario de conocimientos sobre las instituciones sanitarias globales existentes, así como recursos y capacidades para disolver, racionalizar, consolidar y reinstaurar partes de instituciones existentes de modo que se ajustaran

mejor a las funciones centrales acordadas. El objetivo sería reunir y reubicar el dominio, la experiencia, las capacidades y los recursos esenciales de manera que se disminuyera la redundancia y optimizaran los activos. El personal se reduciría y reestructuraría para centrar su atención en el cumplimiento de las funciones centrales. Por ejemplo, la experiencia de UNITAID en la movilización y asignación de fondos a través de mecanismos de financiación innovadores se reasignaría como parte del centro de finanzas. La iniciativa de vacunación GAVI aportaría gran experiencia para el trabajo del centro de cooperación técnica. También se aprovecharían las redes científicas y los procesos de revisión de la OMS para asistir al consejo científico. Además, diferentes organizaciones de salud regionales aportarían información y experiencia sanitarias valiosas a distintos centros, incluidos los de administración y seguridad, cumplimiento normativo y responsabilidad, y cooperación técnica. Luego se identificarían y subsanarían las fallas en las capacidades existentes.

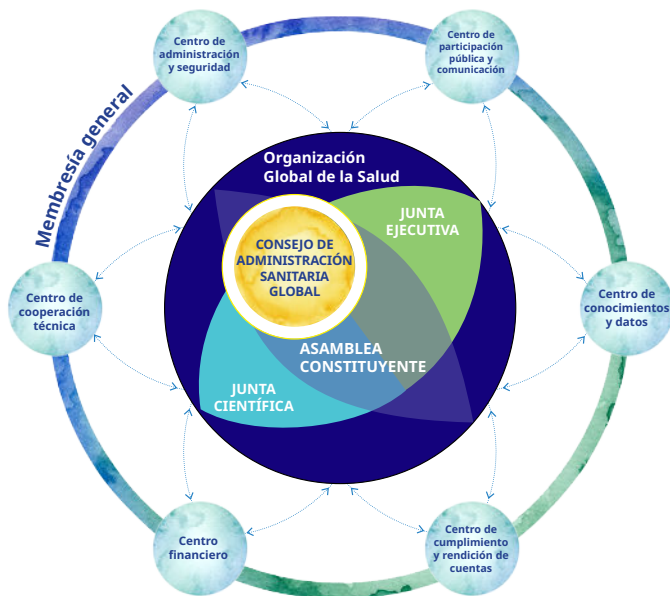
Como red interconectada, el GHN desalentaría los silos y alentaría la integración, la colaboración y la adaptabilidad. Al combinar la gobernanza compartida por varios agentes (por ejemplo, la GHO) con líderes estratégicos autónomos (por ejemplo, el consejo administrativo), el GHN equilibraría la representación democrática, la administración pública efectiva y los mecanismos de supervisión estratégica independiente. El propósito de esta estructura es minimizar las asociaciones políticas y los conflictos de intereses problemáticos. Mediante la inclusión de miembros estatales y no estatales, estos acuerdos institucionales reconocen que las soluciones colectivas para muchas necesidades sanitarias globales requieren de la participación y la cooperación de distintos sectores, incluidos actores comerciales y público-privados. Dado que comprendemos las preocupaciones lógicas sobre ciertas formas de participación del sector privado en la cooperación sanitaria global, consideramos esencial la adhesión a principios de gobernanza pública estrictos para proteger los intereses públicos y evitar concesiones morales o éticas. Se describen más detalles de la gobernanza en la sección 3.3.

El GHN también transformaría la financiación sanitaria global. Los mecanismos de financiación más innovadores hasta la fecha no ofrecen fondos continuos para bienes públicos que, por definición, se consideran fracasos de mercado.³⁹ Aplicar la lógica de mercado para financiarlos implica ignorar la diferencia fundamental entre la administración pública y la gobernanza corporativa. Si volvemos a la analogía de la “ciudad” mal planificada, la recaudación de fondos creativa podría financiar una iniciativa especial, pero sería insuficiente para mantener los servicios públicos básicos, como la gestión de residuos. Los Gobiernos nacionales tienen ciudadanos y una base imponible para ese fin. Podría decirse que la salud y el bienestar de todas las poblaciones también dependen de las funciones sanitarias globales centrales y, por lo tanto, deberían contar con la financiación correspondiente.

Proponemos financiar las innovaciones que generen ingresos mediante un sistema de membresía general y, al mismo tiempo, reducir los costos operativos mediante operaciones optimizadas. El ingreso seguro y los ahorros en costos solucionarían parcialmente la escasez de fondos.^{40,41} Las tarifas de membresía anual (según los ingresos y la población) y los impuestos globales, en lugar de las contribuciones discrecionales, proporcionarían una financiación sostenida. Todos los fondos se recaudarían de forma central y, luego, el GHN los asignaría. Los impuestos son la fuente principal de financiación de los servicios públicos en todos los países.⁴² La idea de un régimen impositivo global (la tasa Tobin para el cambio de divisas⁴³ y el impuesto Robin Hood sobre las inversiones financieras⁴⁴) no obtuvo apoyo político suficiente en el pasado porque se consideró que violaba la soberanía estatal.⁴⁵ Aun así, el impuesto sobre los pasajes aéreos para financiar medicamentos contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria se implementó con éxito ya que se reconocieron los beneficios compartidos. Por lo tanto, resulta oportuno volver a considerar los modelos impositivos globales. Por ejemplo, el

GHN podría financiarse con un pequeño porcentaje de transacciones que injustamente evaden los sistemas impositivos nacionales, como las correspondientes a servicios digitales.⁴⁶ La lógica para hacerlo incluye permitir al GHN que cumpla funciones centrales que, por ejemplo, reduzcan el impacto de las emergencias sanitarias costosas. El costo del COVID-19 para la economía mundial fue de unos USD 82 billones.⁴⁷ El sistema impositivo propuesto también podría integrarse en el modelo de membresía del GHN. Por ejemplo, los Estados miembros podrían comprometerse a una asignación nominal del 0.01 % de los impuestos a las bebidas alcohólicas y el tabaco a cambio de una reducción en la cuota de membresía. Ingresos adicionales podrían obtenerse de la comercialización de bienes y servicios seleccionados de GHO, de forma similar a la actividad de las empresas con fines de lucro bajo gestión pública.⁴⁸ Las empresas comerciales o estatales del Gobierno,^{49,50} los fondos soberanos y las empresas de la Corona, por ejemplo, generan ingresos públicos significativos y sostenidos.

Figura 1: Nexo sanitario global



Fuente: Gráfico creado por Gladys We en agosto de 2025.

3.2 Innovación en productos: ¿Qué funciones centrales deben cumplirse?

Innovaciones previas en productos sanitarios globales se centraron en tecnología nueva, mecanismos de financiación (por ejemplo, los bonos de pandemia)^{51,52} y alianzas público-privadas, como CEPI y COVAX.⁵³ Además de la innovación tecnológica y la financiación sanitaria para casos específicos, la transformación requiere reflexionar de forma crítica sobre cuáles deberían ser las funciones centrales de la arquitectura sanitaria global.

A fin de subsanar la combinación imperfecta de funciones que se llevan a cabo en una “ciudad” mal planificada, proponemos que la nueva arquitectura sanitaria global se guíe por un número finito de funciones centrales (su meta o visión estratégica general).⁵⁴ Estas funciones centrales se deben alinear con una definición de salud mundial que tenga límites claros (sección 2.1) y se deben enfocar en promover la acción colectiva y la responsabilidad compartida en un mundo interconectado. Como los bienes públicos globales, en un sentido general, estas funciones centrales no se cumplirán o no podrán cumplirse eficiente y efectivamente por actores individuales. En tiempos de austeridad, estas funciones pueden limitarse a aquellas que proporcionen los mayores beneficios sanitarios en todo el mundo. En la tabla 1, proponemos un conjunto de funciones centrales como punto de partida.

Tabla 1: Funciones centrales propuestas para el nexo sanitario global

Función central	Descripción	Bien público global
Convocar y coordinar (asamblea constituyente).	- convocar a las partes interesadas para el debate, el consenso, la solución de conflictos y el establecimiento de prioridades. - proporcionar mecanismos para la logística y la planificación de operaciones.	normas y estándares declaraciones generales prioridades estratégicas y planes de acción marcos legales y regulatorios
convocar y coordinar (asamblea constituyente).	- movilizar y asignar recursos. - crear presupuestos y redactar informes financieros.	recursos comunes mecanismos de financiación informes financieros
recopilar, generar, sintetizar y aplicar conocimientos (centro de conocimientos y datos).	- resumir e informar los datos de diferentes poblaciones y países. - facilitar la aplicación de la evidencia en evolución. - supervisar e informar el estado de conocimientos vigente.	conjuntos de datos vigilancia, supervisión e informe resumen de evidencia investigación y desarrollo pautas y protocolos informes sobre la situación mundial
proteger recursos comunes y gestionar externalidades transfronterizas (centro de administración y seguridad).	- proteger los recursos comunes que son vitales para la salud humana, animal y planetaria. - prevenir, identificar y contrarrestar amenazas a la salud que surjan de factores transfronterizos.	informes de supervisión y evaluación sistemas de alerta evaluaciones de riesgos marcos legales y regulatorios solución de disputas mecanismos de compensación
mantener el apoyo y la confianza del público (centro de comunicaciones y participación pública).	- informar al público sobre el cumplimiento de los objetivos financieros y las funciones centrales. - mantener la responsabilidad y la transparencia ante el público. - asistir en la comprensión pública de la ciencia y la evidencia. - consultar a la población prioritaria.	informes anuales información pública participación del público
desarrollar capacidades y obtener apoyo (centro de cooperación técnica).	- respaldar las capacidades mínimas. - aprender lecciones en distintas jurisdicciones.	intercambio de conocimientos programas de capacitación
supervisar y evaluar actividades e impactos (centro de cumplimiento normativo y responsabilidad).	- brindar apoyo al GHN como organización de aprendizaje. - ratificar la transparencia y la responsabilidad. - garantizar que se respeten los valores centrales, los estándares éticos y los procedimientos acordados. - realizar evaluaciones sumativas, de resultados, de procesos y de otros tipos.	informes de supervisión y evaluación evaluaciones de fin de proyectos recursos de desarrollo profesional

Mediante la consolidación de funciones centrales que se encuentran distribuidas en un ecosistema fragmentado, el GHN incrementaría su eficiencia, efectividad e impacto. Los costos operativos combinados de la OMS, el Fondo Global, la GAVI y el Fondo para Pandemias superaron los

USD 450 millones. Racionalizar y reducir la duplicación disminuiría los costos generales y mejoraría la coordinación. Por ejemplo, el GHN favorecería la adquisición centralizada y la capacidad de negociación de acuerdos de compra competitiva de bienes y servicios esenciales.

3.3 Innovación en procesos: ¿Cómo podemos transformar el cumplimiento de las funciones centrales?

La desorganización de la gobernanza sanitaria global actual, como la de una “ciudad” sin alcalde electo o consejo de gobierno, ha causado muchos problemas. Además, muchos actores no tienen voz. Se necesitan cambios significativos para garantizar que quien ejerza la autoridad, y la forma en que la ejerza, promueva el cumplimiento de las funciones centrales. La nueva arquitectura también debe regirse estrictamente con buenos principios de gobernanza de modo que recupere y mantenga la confianza del público.

3.3.1 Reconfiguración de la representación y el poder de toma de decisiones

Muchas iniciativas apoyan la diversidad en la participación y el liderazgo de la salud mundial, como Global 50/50,⁵⁵ Global Health Corps,⁵⁶ WomenLift Health⁵⁷ y Emerging Voices for Global Health.⁵⁸ La representación describe la medida en que un organismo decisor refleja a la población a la que sirve. También se relaciona con la competencia, la autoridad y la autonomía de los actores involucrados en los procesos de toma de decisiones en nombre de otros. La autonomía se refiere a que los representantes están autorizados y obligados a tomar decisiones en beneficio de quienes representan. La autoridad es el poder con legitimidad y validación externa para determinar, controlar y exigir las acciones de otros. En la salud mundial, la autonomía y la autoridad de varios organismos encargados de tomar decisiones y de sus miembros suelen carecer de claridad. Por ejemplo, se elige a los Estados miembros del consejo ejecutivo de la OMS, cada uno de los cuales luego elige a una persona con calificaciones técnicas para, en principio, prestar servicios de forma particular. De manera similar, muchos consejos de GHI incluyen empleados de otras GHI, alianzas público-privadas (APP), empresas y fundaciones filantrópicas. Además de por ausencia de diversidad, la gobernanza de estos consejos puede debilitarse por la falta de independencia, autonomía o autoridad.

El consejo administrativo se propone en calidad de “consejo de gobernadores” independiente con autoridad autónoma suficiente en el nivel más alto para guiar con eficacia una estrategia sanitaria global general. Los administradores serían elegidos por la asamblea constituyente de la GHO, se mantendrían en la función durante períodos determinados y actuarían de manera individual. El consejo administrativo sería responsable de promover los intereses colectivos y los resultados acordados para beneficiar la salud mundial. En las sesiones plenarias de la asamblea constituyente, se acordarían las prioridades de la red y se distribuirían los recursos a los actores y las actividades de la GHO y los centros. Por lo tanto, la autoridad del consejo administrativo independiente superaría a la de la asamblea constituyente solo cuando fuera necesario para guiar de forma conjunta al GHN hacia una visión compartida y una misión común en beneficio de la salud

mundial. A fin de dirigir efectivamente la estrategia y el impacto del GHN, el consejo administrativo requeriría autoridad institucional suficiente para tomar decisiones ejecutivas cuando fuera necesario. Es de importancia destacar que esta autoridad debe tener suficiente independencia de los intereses personales, organizacionales y nacionales.

Otra innovación propuesta para consolidar la representación es la asamblea constituyente, cuya agenda, a diferencia de las prácticas predominantes en la actualidad, no depende del Estado ni de los donantes. Su composición detallada se lograría con el debate y la consulta iniciales (ver más adelante). Los parámetros generales de la asamblea incluirían un tamaño limitado (por ejemplo, 50 plazas), obtenido de una membresía más amplia. Las plazas se asignarían a distintos tipos de actores sanitarios globales, incluidos miembros del Estado, organizaciones o uniones regionales, sociedades civiles, el sector privado y la comunidad científica. Además, se ocuparían de acuerdo con las distribuciones demográficas y sociales prioritarias por Estado para garantizar la representación según el nivel de ingresos, la región geográfica, la carga relativa de enfermedades, etc. Para cada categoría, se asignarían plazas entre un grupo de candidatos calificados mediante un sistema de lotería aleatorio. Los períodos de tres años y la renovación de plazas escalonada garantizarían oportunidades consistentes para la representación diversa y, a la vez, promoverían la continuidad de los conocimientos y las prácticas institucionales.

3.3.2 Consolidación de la transparencia, la responsabilidad y la confianza del público

En la actualidad, la transparencia y, por consiguiente, la responsabilidad en la salud mundial suelen quedar opacadas por áreas interrelacionadas y complejas de toma de decisiones y operación.⁵⁹ Nadie debería necesitar un doctorado o una formación en medicina para comprender por qué una cooperación sanitaria global que funcione bien y tenga los fondos apropiados es fundamental para la salud y el bienestar de todos. A fin de promover la confianza del público en la cooperación sanitaria global,⁶⁰ se necesitan roles, responsabilidades y mecanismos de rendición de cuentas en una nueva arquitectura sanitaria global.

En años recientes, se facilitó el acceso del público a los términos de referencia y los mecanismos de gobernanza y asignación de las ISG. Sin embargo, a excepción de documentos de alto nivel, existen pocas explicaciones de los procesos de toma de decisiones y las actividades de los actores sanitarios globales.⁶¹ Un ejemplo de una “caja negra” de la salud mundial es qué experiencia y evidencia se priorizan y privilegian, y de qué forma, en las GHI. Este proceso es simultáneamente técnico y político, ya que se concede poder de forma global para definir y basar las pautas y los estándares técnicos, las “mejores” prácticas y el conocimiento científico recibido. Optimizar la transparencia y la responsabilidad en esos procesos es fundamental. Esto incluye la necesidad de mejorar la calidad de los procesos políticos como elemento

central para la cooperación sanitaria global eficaz (en particular, la función fundamental de convocar), y no como un obstáculo que deba eliminarse. Proponemos que el GHN promueva una cultura abierta mediante un enfoque multifacético de comunicación transparente sobre los procesos de toma de decisiones, la difusión de datos y la participación del público. El mundo “conectado” de hoy en día exige una mayor atención a la transparencia y la responsabilidad de todas las instituciones públicas. En consecuencia, planteamos componentes y principios generales para el cambio a fin de generar debate, pero reconocemos que las configuraciones, las reglas y las responsabilidades detalladas se deben considerar cuidadosamente.

Las innovaciones clave incluyen el establecimiento de un consejo científico (CC), que funcione con independencia del consejo ejecutivo (CE) y de la asamblea constituyente, para brindar apoyo a los seis centros según sus necesidades y competencias. El CC sería el centro neurálgico de participación de la comunidad de investigadores de la salud mundial. La representación en el CC garantizaría una gran variedad de disciplinas, sectores y competencias definidas geográficamente. Las plazas del CC, lideradas por el director científico, se asignarían mediante un proceso de dos etapas. En primer lugar, se solicitarían nominaciones al GHN y, posiblemente, se requeriría el respaldo de los centros y la asamblea constituyente. Luego, el consejo administrativo se encargaría de seleccionar y asignar a los miembros del CC de entre los nominados. En vez de establecer prioridades según los deseos de los donantes, el CC requeriría evaluaciones de pares de los programas de trabajo y las solicitudes de presupuesto del GHN. Así, se garantizaría que las actividades propuestas tuvieran una lógica científica y política clara, se alinearán con la evidencia disponible, identificarán impactos claros y se adhirieran a estándares éticos reconocidos.

Un director ejecutivo (CEO) lideraría la GHO y sería responsable de ejercer un liderazgo administrativo y operativo de alto nivel. A diferencia de los cargos por elección, como el del director general de la OMS, el CEO accedería a su puesto tras un proceso de contratación competitivo, sujeto a la aprobación y la confirmación de la asamblea constituyente y el consejo administrativo respectivamente. Los candidatos calificados serían evaluados por un comité de contratación integrado por representantes de los centros del GHN, el CC, el consejo administrativo y los miembros generales. Después, un grupo selecto de ellos avanzaría a la etapa de consideración y elección a cargo de la asamblea constituyente. Entonces, el candidato preferido sería propuesto al consejo administrativo para su confirmación final. El cargo de CEO, con un período fijo de duración, incluiría una plaza en el consejo administrativo. El CE estaría compuesto del CEO, los directores de cada centro y representantes clave de diferentes ramas del GHN. Además de los representantes del CC, la

asamblea constituyente y, posiblemente, miembros generales, el CE incluiría a directores elegidos por sus aptitudes de las áreas de finanzas, operaciones, datos, etc.

Con respecto a la financiación, el GHN procuraría reducir los gastos y aumentar los ingresos relacionados con los procesos. Las empresas exitosas que operan internacionalmente, por ejemplo, ubican sus oficinas y contratan al personal en lugares menos costosos. Las oficinas centrales se encontrarían en sitios inesperados debido a incentivos impositivos y costos de vida más bajos. En la actualidad, las oficinas centrales de la OMS, la mayoría de las GHI y las ONG internacionales se encuentran principalmente en algunas de las ciudades más caras del mundo. El modelo de GHN que proponemos se basa en acuerdos laborales híbridos y en un sistema descentralizado de centros en red. Además de una oficina central mínima en caso de ser necesaria, los centros pueden ubicarse por región y las reuniones más grandes del nexo (por ejemplo, la asamblea constituyente, los eventos para los miembros generales, las cumbres de directivos, etc.) pueden realizarse en las instalaciones de los representantes en forma rotativa, con la organización a cargo de un miembro del GHN seleccionado por un sistema de licitación similar al del Comité Olímpico internacional (COI) y otras cumbres multilaterales, como las del G7 y el G20. El compromiso operativo de limitar la participación presencial a los miembros cercanos y mantener reuniones híbridas integradas de forma regular generaría ahorros de costos significativos. Por ejemplo, las negociaciones presenciales para el tratado sobre pandemias en Ginebra costaron alrededor de USD 200 millones.⁶²

Las innovaciones para mejorar la participación y el acceso equitativos incluirían mecanismos de financiación para cubrir costos. Los costos de las reuniones de la GHO y el GHN regulares se presupuestarían y se cubrirían con la distribución proporcional de cuotas de membresía. Para las necesidades de reunión ad hoc o excepcionales, el CE establecería un proceso mediante el cual los participantes presentarían sus proyecciones de costos de asistencia (por ejemplo, tiempo, viaje, suministros para la reunión, etc.). Luego, los costos acumulados se promediarían y distribuirían de forma transparente según una escala variable en función de los ingresos. Finalmente, las innovaciones en los procesos para incrementar la responsabilidad podrían implementarse con ajustes a las tasas impositivas de la GHO basados en el rendimiento o el cumplimiento normativo. En los casos en que los mecanismos de ejecución multilaterales hayan fallado repetidamente en garantizar el cumplimiento nacional de los compromisos globales, un sistema de informes de progreso que vinculara la participación con la reducción de obligaciones financieras incentivaría a los miembros del GHN a honrar los compromisos acordados. Inevitablemente, tales procesos incluirían ajustes para circunstancias atenuantes y diferencias de capacidades y de recursos entre los miembros.

4.0 Hoja de ruta recomendada para el cambio significativo

La evolución de las instituciones sanitarias globales, en ausencia de una lógica de diseño general que guíe la edificación institucional, ha sesgado la membresía, las funciones centrales, la gobernanza, la financiación y la infraestructura. Las reformas que modifican superficialmente aspectos específicos de organizaciones individuales que operan en gran medida de forma independiente, sin tener en cuenta la necesidad de un rediseño general, conducirán a mejoras limitadas. De hecho, con la gran reducción de la financiación proveniente de Estados Unidos, creemos que seguir operando como de costumbre ya no es una opción. Por consiguiente, proponemos los siguientes pasos clave para crear una nueva arquitectura sanitaria global.

4.1 Declaración general sobre la creación de una nueva arquitectura sanitaria global (meses 1-6)

En función de los esfuerzos realizados hasta la fecha, incluidos los impulsados por Wellcome Trust (WT), se formaría un grupo de expertos para resumir la evidencia existente sobre las fortalezas y debilidades de los acuerdos institucionales vigentes para la salud mundial. Se recopilaría un inventario de conocimientos para reflejar de forma exhaustiva las instituciones, los recursos y las capacidades existentes, además de cualquier carencia. Esta revisión, junto con la síntesis de WT de cinco artículos regionales, constituirían los documentos base de una cumbre de actores estatales y no estatales con ideas afines que están comprometidos con la ley, la acción colectiva, la equidad, la solidaridad y otras normas y valores acordados.

Se redactaría y compartiría una declaración general de compromiso de creación de una nueva arquitectura sanitaria global. Es importante destacar que la declaración debería incluir el reconocimiento de que la reforma de las instituciones existentes no puede lograr los cambios sistémicos necesarios, especialmente debido a la volatilidad del orden mundial. Una declaración general establecería una terminología y definiciones acordadas, una visión de lo que se querría lograr, principios centrales, exposiciones de hechos u observaciones, y un proceso definido con claridad para promover el cambio. También se incluiría una declaración clara de los beneficios de la reestructuración y los costos enormes de no llevarla a cabo. Esto serviría como guía para los próximos dos años. La cumbre iniciaría una campaña mundial para establecer un grupo de fundadores integrado por personas y organizaciones comprometidas con la financiación de los siguientes pasos del proceso de transformación (ver más adelante). Por último, se formaría un consejo administrativo inaugural provisorio de 12 miembros para liderar el proceso.

4.2 Impulso del grupo de fundadores (meses 1-12)

El vacío financiero creado por la salida de Estados Unidos del liderazgo de la salud mundial no se puede cubrir con los mecanismos de financiación existentes. Las contribuciones voluntarias, en forma de contribuciones extrapresupuestarias, reabastecimiento y asistencia para el desarrollo, son medidas provisionales que no satisfacen la necesidad de financiación sostenida. El sistema de financiación vigente también es ineficiente. Al compartir el objetivo de transformar la arquitectura sanitaria global, el grupo de fundadores financiaría el emprendimiento del GHN hasta que se implementaran mecanismos de financiación acordados. Aunque no fuera una opción apta para la financiación a largo plazo, durante este período de austeridad, el emprendimiento podría beneficiarse de varias fuentes, como fundaciones caritativas, donaciones empresariales y hasta la financiación colectiva. Además de la financiación de transición, el grupo de fundadores se encargaría de establecer mecanismos de financiación a largo plazo para el GHN. Como vimos, esto se lograría con cuotas de membresía, impuestos a las transacciones globales, contribuciones voluntarias y recuperación de costos.

4.3 Participación del público y consulta a este (meses 1-24)

Se procuraría lograr la participación del público y se consultaría a este,⁶³ además de redactar y aprobar una declaración general, de acuerdo con principios reconocidos y prácticas recomendadas. Esto incluiría definir metas y objetivos claros, identificar e invitar a participantes diversos, usar materiales de referencia y modos de participación accesibles (por ejemplo, en línea o impresos, escritos u orales), garantizar la claridad de las solicitudes de aporte (por ejemplo, ¿cuáles cree que serían las funciones centrales de una organización sanitaria global?) y comunicar cómo las propuestas influirían en las decisiones. Dada la reciente pérdida de confianza del público en los Gobiernos, las grandes empresas y la clase adinerada,⁶⁴ además de en la OMS desde la pandemia de COVID-19, que se intensificó debido a la desinformación, la generación de consenso en cuanto a la salud mundial debe trascender de los Gobiernos y otros actores poderosos. La confianza del público es esencial para el éxito de cualquier sistema de gobernanza de la salud mundial. Las necesidades específicas para hacer una consulta pública global, como el uso de múltiples idiomas, el acceso variable a la tecnología y las diferencias culturales, deben abordarse de forma proactiva.

Un componente importante de la participación del público en el proceso de cambio significativo es la consulta y la recopilación de aportes de los numerosos profesionales, científicos y legisladores que conforman el panorama sanitario global actual. Los cambios significativos que no tienen en cuenta la riqueza y la amplitud de conocimientos y experiencias existentes en relación con la salud mundial son imprudentes y pueden entorpecer la transición. La esencia de nuestra propuesta es evaluar, consolidar, reconfigurar y optimizar las capacidades sanitarias globales actuales de formas que generen coherencia estructural, integración operativa y actividades específicas para las funciones centrales. Por lo tanto, la participación del público debe incluir intervenciones significativas de la diversa comunidad sanitaria global. Se debe mantener una serie de diálogos deliberativos para facilitar la conversación productiva y la comprensión mutua de asuntos controvertidos.

4.4 Reunión del consejo administrativo de salud mundial con el fin de diseñar la nueva arquitectura (meses 7-12)

Una vez acordada la declaración general, se debe iniciar el diseño específico. Un grupo selecto de defensores de la salud mundial formado por líderes respetados con experiencias diversas y relevantes (por ejemplo, en el ámbito científico, diplomático, legal) se encargaría de esta tarea. Históricamente, los cambios más sustanciales de las instituciones públicas surgieron del liderazgo ideológico y el coraje político de unos pocos individuos o de pequeños grupos de personas. Este fue el caso de cambios sociales drásticos, como transiciones democráticas, grandes logros de la solidaridad internacional y muchas innovaciones sociales y tecnológicas revolucionarias. Por lo tanto, el cambio significativo de la arquitectura sanitaria global estaría liderado por un grupo de personas excepcionales comprometidas a priorizar el bien común por encima de los intereses individuales. Este grupo actuaría como consejo administrativo de salud mundial provisorio para: a) confirmar las funciones centrales acordadas; b) definir el diseño del GHN, incluida la estructura de gobernanza, y c) conseguir el apoyo político de actores clave. Para minimizar el conflicto de intereses, los miembros del consejo administrativo de salud mundial y del grupo de fundadores no podrían formar parte de los órganos gubernamentales de la GHO.

Como se mencionó antes, un paso inicial clave para el consejo administrativo de salud mundial sería usar el inventario generado por el grupo de expertos (sección 4.1) para disolver, racionalizar, consolidar y reinstaurar partes de instituciones sanitarias globales existentes con las funciones centrales acordadas. Otra de las primeras tareas para el consejo administrativo sería expandir la representación en la arquitectura sanitaria global para que incluya a actores estatales y no estatales, en particular del sector privado. El panorama contemporáneo de la salud mundial incluye a

diversos actores públicos, privados e híbridos. Si dejamos de lado los debates antiguos sobre los roles de las empresas privadas en la salud mundial, la arquitectura debería incluir a actores del sector privado como parte del panorama sanitario global. Al mismo tiempo, advertimos que para que sea verdaderamente significativa, la innovación no puede equivaler al aprovisionamiento selectivo de bienes públicos globales en función de intereses privados o empresariales. Los bienes públicos globales, por definición, no tienen fines de lucro y, por consiguiente, no se producirán mediante ningún tipo de monetización creativa o financiarización de la salud mundial. Por lo tanto, para producir y mantener bienes públicos globales, recomendamos que el consejo administrativo establezca con claridad mecanismos de identificación y mitigación de posibles conflictos entre los intereses públicos y privados en el conjunto más amplio de miembros propuestos.

4.5 Preparación de documentos para los marcos legales y técnicos (meses 13-18)

Después de acordarse un diseño, se formaría un comité de preparación técnica (CPT) para brindar apoyo al consejo administrativo de salud mundial en la redacción de los documentos fundacionales. Estos incluirían una constitución, con la definición del propósito del GHN, la membresía y la estructura, además de documentos internos de gobernanza, con reglas de procedimiento, regulaciones financieras y políticas de dotación de personal. Estos documentos sentarían las bases de las negociaciones de la cumbre de salud mundial.

4.6 Cumbre de salud mundial (meses 19-24)

Durante este período, se haría una reunión de directivos a la que asistirían jefes de Estado, ministros de salud y partes interesadas clave de la salud mundial para establecer el nuevo GHN. El precedente es la Conferencia Internacional de la Salud celebrada en 1946 con el fin de crear una única organización de salud internacional (OMS) para reemplazar a otras existentes y enfrentar los desafíos sanitarios de la posguerra. El consejo administrativo de salud mundial y el grupo de fundadores guiarían el debate. Los resultados clave de la cumbre serían:

- el acuerdo sobre la constitución del nexo sanitario global y la firma de esta;
- la designación de una comisión provisorio para gestionar la transición a una nueva organización;
- una línea de tiempo para el proceso de transición.

Notas finales

1. Dov Seidman, director ejecutivo de LRN, según se cita en Friedman, T.: *Thank You for Being Late: An Optimist's Guide to Thriving in the Age of Accelerations*. Farrar, Straus y Giroux, 2016.
2. Lee, K.: *The reform of the World Health Organization, A review of recent studies and initiatives*. Estocolmo: Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, 1997.
3. Lucas, A.; Mogedal, S.; Walt, G.; Hodne Steen, S.; Kruse, S. E.; Lee, K. y Hawken, L.: *Cooperation for Health Development, The World Health Organisation's support to programmes at country level*. Londres: Gobiernos de Australia, Canadá, Italia, Noruega, Suecia y el Reino Unido, 1997.
4. Vaughan, J.; Mogedal, S.; Kruse, S. E.; Lee, K.; Walt, G.; Wilde, K. de: *Cooperation for Health Development: Extrabudgetary funded in the World Health Organization*. Oslo: Gobiernos de Australia, Noruega y el Reino Unido, 1995.
5. People's Health Movement. Tema 16.1 del programa. *Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience*. Resumen de políticas WHA78 – PHM. <https://phmovement.org/sites/default/files/2025-05/WHA78%20-%20PHM%20Policy%20brief%20.pdf>
6. Gostin, L.; Tomori, O.; Wibulpolprasert, S.; Jha, A. K.; Frenk, J.; Moon, S. et al.: *Toward a Common Secure Future: Four Global Commissions in the Wake of Ebola*. PLoS Medicine, 2016; 13(5): e1002042.
7. Grupo Independiente de Preparación y Respuesta ante Pandemias (IPPPR, por sus siglas en inglés), 2021. *Covid-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/main-report/>
8. Ottersen, O.; Dasgupta, J.; Blouin, C. et al.: The political origins of health inequity: Prospects for change. *Lancet*, 2014; 383(9917): 630–667. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62407-1)
9. Por ejemplo, Gostin, L.; Friedman, E. y Finch, A.: The Global Health Architecture: Governance and International Institutions to Advance Population Health Worldwide. *Millbank Quarterly*, 2023; 101(S1): 734–769. Marten, R.; Kadandale, S.; Nordström, A. y Smith, R. (2018): Shifting global health governance towards the sustainable development goals. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2018; 96(12), 798–798A. Smith, R. y Lee, K.: Global health governance: we need innovation not renovation. *BMJ Global Health*, 2017; 2(2), e000275. Moon, S.; Sridhar, D.; Pate, M. et al.: *Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic*. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *Lancet*, 2015; 386(10009), 2204–2221. Fidler, D.: *Architecture amidst anarchy: global health's quest for governance*. *Global Health Governance*. 2007; 1.
10. IPPPR: *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. Informe del Grupo Independiente de Preparación y Respuesta ante Pandemias, Ginebra, 2021. <https://theindependentpanel.org/mainreport/>
11. Leslie, J.: The Crisis of Trust in Public Health. *Think Global*, 14 de febrero de 2023. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/crisis-trust-public-health>
12. Guo, C.; Hu, X.; Yuan, D. et al.: The effect of COVID-19 on public confidence in the World Health Organization: a natural experiment among 40 countries. *Globalization and Health*, 2022; 18: Artículo 77. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00872-y>
13. Wilson, K.; Halabi, S. y Gostin, L. O.: The International Health Regulations (2005), the threat of populism and the COVID-19 pandemic. *Globalization and Health*, 2020; 16(1): Artículo 70. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00600-4>
14. Hoffman, S. y Cole, C.: Defining the global health system and systematically mapping its network of actors. *Globalization and Health*, 2018; 14: Artículo 38. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>
15. Smith, S. L. y Shiffman, J.: Setting the global health agenda: The influence of advocates and ideas on political priority for maternal and newborn survival. *Social Science and Medicine*, 2016; 166: 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.013>
16. Witter, S.; Palmer, N.; Jouhaud, R. et al.: Understanding the political economy of reforming global health initiatives - insights from global and country levels. *Globalization and Health*, 2025; 21(1): Artículo 40. <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01129-0>
17. Garcia-Basteiro, A. y Abimbola, S.: The challenges of defining global health research. *BMJ Global Health*, 2021; 6(12), e008169. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008169>
18. Wenham, C.; Busby, J.; Youde, J. y Herten-Crabb, A.: From Imperialism to the "Golden Age" to the Great Lockdown: The Politics of Global Health Governance. *Annual Review of Political Science*, 2023; 26: 431–450. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-052521-094633>
19. Abimbola, S. y Pai, M.: Will global health survive its decolonisation? *Lancet*, 2020; 396(10263), 1627–1628. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32417-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32417-x)
20. Kickbusch, I. y Liu, A.: Global health diplomacy—reconstructing power and governance. *Lancet*, 2022; 399(10341), 2156–2166. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00583-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00583-9)
21. Pang, T. y Guindon, G. E.: Globalization and risks to health. *EMBO Reports*, 2004; 5(S1), S11–S16. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400226>
22. Brown, T. M.; Cueto, M. y Fee, E.: The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American Journal of Public Health*, 2006; 96(1): 62–72. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>
23. Frenk, J. y Moon, S.: Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*, 2013; 368(10): 936–942. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1109339>
24. Smith, R. y Lee, K.: Global health governance: we need innovation not renovation. *BMJ Global Health*, 2017; 2(2): e000275. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000275>
25. Kickbusch, I.: Global Health Governance Challenges 2016 - Are We Ready?. *International Journal of Health Policy and Management*, 2016; 5(6), 349–353. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.27>
26. Lee, K. y Piper, J.: The WHO and the COVID-19 Pandemic: Less Reform, More Innovation. *Global Governance*, 2020; 26(4): 523–533. <https://doi.org/10.1163/19426720-02604005>
27. Evans, T. y Lee, K.: *Protecting our Collective Future: Renewing Canada's Role in Global Health*. Informe conjunto del panel de expertos, la Real Sociedad Canadiense y la Academia Canadiense de Ciencias de la Salud, 2025. https://rsc-src.ca/sites/default/files/Global%20Health_EN.pdf
28. Gehring, T. y Faude, B.: A theory of emerging order within institutional complexes: how competition among regulatory international institutions leads to institutional adaptation and divisions of labour. *Review of International Organization*, 2014; 9:471–98. <http://doi:10.1007/s11558-014-9197-1>
29. Kelly, K.: 100th birthday of IBM. *New York Times*, julio de 2011.
30. OECD: *Government Innovation*. Tema de política de la OCDE, s. f. <https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/government-innovation.html>
31. OECD: *Governments should strengthen public trust by improving efficiency, citizen engagement and access to public services*. Comunicado de prensa de la OCDE, París, 19 de junio de 2025. <https://www.oecd.org/en/about/news/press-releases/2025/06/governments-should-strengthen-public-trust-by-improving-efficiency-citizen-engagement-and-access-to-public-services.html>

32. Hagel, J.; Seely Brown, J. y Davison, L.: The case for institutional innovation. Harvard Business Review, 4 de marzo de 2009. <https://hbr.org/2009/03/the-case-for-institutional-inn>
33. Joubert, S.: *3 Types of Innovation Changing the Future of Business*. Programas para graduados de la Universidad del Nordeste, 7 de agosto de 2024. <https://graduate.northeastern.edu/knowledge-hub/types-of-innovation/>
34. Por ejemplo, Lee, K. y Pang, T.: WHO: Retirement or reinvention? Public Health, 2014; 128(2), 119–123; Lee, K.: Business as Usual: A Lack of Institutional Innovation in Global Health Governance. International Journal of Health Policy and Management, 2016; 6(3): 165–168; y Smith, R. y Lee, K.: Global health governance: We need innovation not renovation. BMJ Global Health, 2017; 2(2): e000275.
35. Meier, B. y Sirleaf, M.: "Global Health Landscape: The Proliferating Actors Influencing Global Health Governance". En *Global Health Law and Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2023, pp. 65-90. <https://doi.org/10.1093/law/9780197687710.003.0004>
36. Ravelo, J.: *Inside WHO's reforms: Progress, failures, and unfinished business*. Devex, 10 de abril de 2025. <https://www.devex.com/news/inside-who-s-reforms-progress-failures-and-unfinished-business-109812>
37. Hagel, J.; Blog: Defining the big shift. Edge Perspectives, 2 de agosto de 2009. https://edgeperspectives.typepad.com/edge_perspectives/2009/08/defining-the-big-shift.html
38. Caro-Gonzales, A.: "Driving systemic and multi-level transformative governance". En *Transformative Governance for the Future*. SpringerBriefs in Business. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-43132-6_5
39. Mazzucato, M.: Governing the economics of the common good: from correcting market failures to shaping collective goals. Journal of Economic Policy Reform, 2024; 27(1): 1–24. <https://doi.org/10.1080/17487870.2023.2280969>
40. UNAIDS (s.f.) *Impact of US Funding Cuts on Global AIDS Response*. Hoja informativa. <https://www.unaids.org/en/impact-US-funding-cuts>
41. Jerving S. Gavi pledges fall short about \$2.9B as US pulls out. Devex, 25 de junio de 2025. https://www.devex.com/news/gavi-pledges-fall-short-about-2-9b-as-us-pulls-out-110345?access_key=&utm_source=nl_checkup&utm_medium=email&utm_term=article&utm_content=text&mk_tok=Njg1LUtCTC03NjUAAAGcCtFYJT7q7dfMU7Cy7bm_MMQz0YvIHS9bpDWyrwThTLV9bP9W_kpQ5B4jYuxlVFPYXZvUJzWxHla6rVJf4mVksyH-O1Z07_xqDTyKZFcy64fBA4sA
42. Reeves, A.; Gourtsoyannis, Y.; Basu, S.; McCoy, D.; McKee, M. y Stuckler, D.: Financing universal health coverage--effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. Lancet, 2015; 386(9990): 274–280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60574-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60574-8)
43. Raffer, K.: The Tobin Tax: Reviving a discussion. World Development, 1998; 26(3). [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(97\)10057-2](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(97)10057-2)
44. The Robin Hood Tax (s. f.) <https://www.robinhoodtax.org.uk/index.html>
45. Kerr, C.: Airline ticket tax to fund programmes. Lancet Infectious Diseases, 2006; 6(6): 329. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(06\)70484-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(06)70484-4)
46. OECD. Base erosion and profit shifting (BEPS). París, 2024. <https://www.oecd.org/en/topics/base-erosion-and-profit-shifting-beps.html>
47. Campbell, C.; Yunnan, Y. y Park, A.: Inside the Global Quest to Trace the Origins of COVID-19—and Predict Where It Will Go Next. Time, 23 de julio de 2020. <https://time.com/5870481/coronavirus-origins/>
48. Szarzec K, Dombi Á, Matuszak P. State-owned enterprises and economic growth: Evidence from the post-Lehman period. Economic Modelling, 2021; 99: 105490. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2021.03.009>
49. Departamento de Finanzas de Australia: Government Business Enterprises. Canberra, 2025. Acceso el 1 de agosto de 2025 por <https://www.finance.gov.au/government/government-business-enterprises>
50. OECD. OECD Guidelines on Corporate Governance of State-Owned Enterprises. París, 2024. https://www.oecd.org/en/publications/2024/06/oecd-guidelines-on-corporate-governance-of-state-owned-enterprises-2024_68fa05cd.html
51. Tacheva, B.; Brown, G.; Bell, D. y Agris, J. von: The devil's in the detail: an appraisal of the use of innovative financing mechanisms for pandemic prevention, preparedness and response. Globalization and Health, 2025; 21(1), 13–31. <https://doi.org/10.1186/s12992-025-01103-w>
52. Bishen, S.: *Why we need innovation and new funding models in the face of falling global health spend*. Health and Healthcare Systems, Foro Económico Mundial, 19 de mayo de 2025. <https://www.weforum.org/stories/2025/05/falling-global-health-spend-innovation-new-funding-models/>
53. Storeng, K.; Bengy Puyvallée, A. de y Stein, F.: COVAX and the rise of the 'super public private partnership' for global health. Global Public Health, 2023; 18(1): 1987502. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1987502>
54. Foro Económico Mundial: *How to make non-financial reporting your company's north star*. Foro Institucional, 12 de enero de 2023. <https://www.weforum.org/stories/2023/01/esg-business-strategy-north-star-davos23/>
55. Global 50/50: What we do. <https://global5050.org/>
56. Global Health Corps: *Our Mission, Vision, & Values*. 2025. <https://ghcorps.org/about/our-mission-vision-values/>
57. WomenLift Health (2025). <https://www.womenlifthealth.org/>
58. HSG (2025). *Emerging Voices for Global Health (EV4GH)*. <https://healthsystemsglobal.org/emerging-voices-for-global-health-ev4gh/>
59. Ng, N. Y. y Ruger, J. P.: Global Health Governance at a Crossroads. Global Health Governance, 2011; 3(2): 1–37.
60. OECD. *OECD Survey on Drivers of Trust in Public Institutions – 2024 Results: Building Trust in a Complex Policy Environment*, París, 2024. <https://doi.org/10.1787/9a20554b-en>
61. Storeng, K. T. y otros.: COVAX and the rise of the 'super public private partnership' for global health. Global Public Health, 2023; 18(1): 1-17. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1987502>
62. Wenham, C. y Potluru, A.: Costing the intergovernmental negotiating body (INB) process. PLOS Global Public Health, 2024; 4(12), e0003978. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003978>
63. National Coordinating Centre for Public Engagement: *A quick guide to developing quality public engagement*. Universidad de Bristol, 9 de octubre de 2023. <https://www.publicengagement.ac.uk/resources/guide/quick-guide-developing-high-quality-public-engagement>
64. *Edelman Trust Barometer Global Report*. Edelman Trust Institute, 2025. https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2025-01/2025%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Global%20Report_01.23.25.pdf

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 Kelley Lee

Kelley Lee is the Tier 1 Canada Research Chair in Global Health Governance and Professor of Global Public Health in the Faculty of Health Sciences at Simon Fraser University in Canada.

Julianne Piper, Project Manager, Research Fellow and PhD Candidate, and Miranda Nonis, Project Coordinator and Research Fellow, both at the Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University in Canada contributed to this paper.

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