

REIMAGINING GLOBAL HEALTH REFORM IN THE ASIA PACIFIC: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned

FINAL REPORT



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清华大学
Tsinghua University

This document and its contents are prepared from the
Asia Pacific Regional Dialogue on Global Health Reform

PRÓLOGO DEL CONSEJO ESTRATÉGICO

Se puede decir que el diálogo con la región de Asia y el Pacífico es el más complejo de los cinco diálogos de la fundación Wellcome. Nuestra región incluye una combinación extraordinaria de sistemas políticos y sanitarios: desde grandes democracias federales hasta pequeñas naciones insulares, desde una cobertura sanitaria universal avanzada hasta sistemas que aún están inmersos en reformas fundamentales. La región también cuenta con una serie de plataformas mundiales de salud con mecanismos únicos de gobernanza. Esta diversidad puede ser un gran desafío, pero ofrece grandes oportunidades de aprendizaje. A pesar de las grandes diferencias en cuanto a tradiciones políticas y sistemas sanitarios, los representantes de las subregiones como Asia del Sur, Sudeste Asiático, Asia del Este y Oceanía lograron ponerse de acuerdo sobre varios intereses transcendentales, lo que demuestra que, incluso en una región tan diversa como la nuestra, es posible establecer objetivos comunes.

El Consorcio del Premio Príncipe Mahidol (PMAC) convocó a las siguientes instituciones: la Fundación del Programa Internacional de Políticas Sanitarias de Tailandia, la Escuela de Salud Pública Saw Swee Hock de la Universidad Nacional de Singapur y la Escuela de Salud Pública Vanke de la Universidad de Tsinghua de China. El diálogo estuvo conducido íntegramente por jóvenes líderes emergentes en salud global procedentes de estas instituciones, lo que indica un cambio significativo en el fortalecimiento de las voces de los futuros líderes.

En este diálogo se reunieron exministros de salud, líderes políticos, representantes de la OMS, financiadores regionales y nacionales, la sociedad civil, el mundo académico, el sector privado, organismos de las Naciones Unidas, bancos de desarrollo y socios clave para el desarrollo. De esta manera, se mantuvo fiel al compromiso de una participación multisectorial en la configuración de la salud pública mundial.

La región de Asia y el Pacífico tiene todo lo necesario para definir el próximo capítulo de la salud global: talento, tecnología y financiadores como la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) y el Banco Asiático de Desarrollo, todos comprometidos con un progreso sostenible y a largo plazo. Como parte del consorcio PMAC, este diálogo es más que una simple reunión: es un paso colectivo hacia la configuración del mundo que queremos.

Este es el momento de comprender nuestras prioridades sanitarias comunes de la región de Asia y el Pacífico, aprovechar nuestros conocimientos colectivos y trabajar codo a codo con confianza y seguridad para crear un futuro más justo, saludable y sostenible para todos.

Margaret Chan, Escuela de Salud Pública Vanke de la Universidad de Tsinghua

Soumya Swaminathan, Fundación de Investigación M.S. Swaminathan

Viroj Tangcharoensathien, Fundación del Programa Internacional de Políticas Sanitarias

Yik Ying Teo, Escuela de Salud Pública Saw Swee Hock de la Universidad Nacional de Singapur

Suwit Wibulpolprasert, Instituto Estratégico de la Conferencia del Premio Príncipe Mahidol



AGRADECIMIENTOS

Informe del resultado de un proyecto encargado por Wellcome Trust. El informe fue redactado por (en orden alfabético): Dorothy Boyle, Margaret Chan, Tashi Chozom, Indira Dewi Kantiana, Aprajita Kaushik, Divya Lakhotia, Angkana Lekagul, Harvy Joy Canlas Liwanag, Jing Ting Ng, Kiesha Prem, Afifah Rahman-Shepherd, Aluquin Dominique Anne Suratos, Soumya Swaminathan, Kun Tang, Viroj Tangcharoensathien, Yik Ying Teo, Jasper Tromp, Suwit Wibulpolprasert e Ivy Yuan Yuan Zou.

En primer lugar, este informe agradece a todos los participantes que colaboraron en la encuesta, las entrevistas con los informantes clave, los debates en grupos focales y la reunión de tres días llevada a cabo en Singapur. Las visiones, la energía y las ideas de los participantes son la base de este informe.

En este informe también se agradece el apoyo de Jieun Lee, Ji Heon Kim, Sreymom Oy, Nathalie En Dan Ang, Kullaya Petchkanokpraw, Waraporn Pongkantha y Oranicha Khamprapa durante la reunión.

La fundación Wellcome Trust ha financiado este informe. Sin embargo, las opiniones expresadas en este informe no reflejan las opiniones de la fundación Wellcome Trust.

CITA SUGERIDA

D. Boyle, M. Chan, T. Chozom, y colaboradores, 2025. Repensar la Reforma Sanitaria Global en la región de Asia y el Pacífico: Diseñada a nivel nacional, coordinada a nivel regional y alineada a nivel mundial. Tailandia, Bangkok: Instituto PMAC

Lista de abreviaturas

BAD	Banco Asiático de Desarrollo
AP-GHRC	Coalición para la Reforma Sanitaria Global de la región de Asia y el Pacífico
APEC	Cooperación Económica de la región de Asia y el Pacífico
ASEAN	Asociación de Naciones del Sudeste Asiático
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
DGF	Debates en grupos focales
Gavi	Alianza mundial para las vacunas
GCF	Fondo Verde para el Clima
EEC	Evaluación Externa Conjunta
EIC	Entrevistas con los informantes clave
M&E	Supervisión y evaluación
ONG	Organización no gubernamental
AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo
PIANGO	Asociación de Organizaciones No Gubernamentales de las Islas del Pacífico
PIFS	Secretaría del Foro de las Islas del Pacífico
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
SPC	Comunidad del Pacífico
UN	Naciones Unidas
CESPAP	Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud
WPRO	Oficina Regional para el Pacífico Occidental (OMS)

Resumen ejecutivo

El diálogo de la región de Asia y el Pacífico sobre la Reforma Sanitaria Global reunió a diversas partes interesadas de 25 países en un proceso de consulta de cuatro meses. Su objetivo fue definir la visión de la región respecto a la arquitectura sanitaria global. Wellcome Trust organizó este diálogo como parte de una serie de cinco diálogos regionales sobre la reforma sanitaria global. El mismo contó con la participación de gobiernos, organizaciones multilaterales, la sociedad civil, el mundo académico, organizaciones de ayuda humanitaria y el sector privado. El proceso incluyó la revisión de pruebas, la identificación de las partes interesadas, entrevistas, una encuesta regional, grupos focales y una reunión con el método Delphi estructurado que se llevó a cabo en Singapur. El resultado es un conjunto coordinado de recomendaciones para una arquitectura sanitaria global que debe ser diseñada a nivel nacional, coordinada a nivel regional y alineada a nivel global.

Si bien las funciones normativas y colaborativas de la arquitectura actual son válidas, estas se encuentran limitadas en la práctica. Además, otras funciones no satisfacen adecuadamente las necesidades y prioridades de la región de Asia y el Pacífico. El poder de decisión continúa estando dominado por los países de altos ingresos. La eficacia de la ayuda fracasó. Esto se reflejó en las prioridades impulsadas por los donantes, lo que distorsionó las agendas nacionales de salud y perpetuó la dependencia. Los mecanismos de rendición de cuentas son asimétricos, puesto que se supervisa el rendimiento de los receptores mientras que los donantes reciben escaso o nulo escrutinio. La financiación fragmentada genera duplicaciones y cargas administrativas. A nivel nacional, la deficiencia en los procesos de establecimiento de prioridades y la corrupción debilitan la legitimidad de las inversiones en salud. No son fallas accidentales, sino que estas reflejan defectos fundamentales de diseño en una arquitectura construida para una época diferente.

El diálogo propone seis reformas integradas que abordan la gobernanza y la financiación, reformas fundamentadas en amplias consultas con las partes interesadas de toda la región. Las reformas de gobernanza buscan: establecer plataformas nacionales multisectoriales para fijar prioridades basadas en datos empíricos que incluyan las voces de los grupos marginados; crear sistemas eficaces de seguimiento y evaluación que responsabilicen ante las comunidades a los donantes, los gobiernos y los encargados de la ejecución; y crear plataformas regionales de coordinación específicas con mandatos claros para armonizar los esfuerzos y amplificar la voz colectiva. Las reformas financieras buscan tres objetivos principales: coordinar las inversiones fragmentadas de múltiples donantes en bienes públicos globales y regionales; alinear los mecanismos de financiación con las prioridades determinadas a nivel nacional mediante la participación equitativa de los países receptores en la gobernanza; y apoyar la transición de la dependencia de los donantes a la inversión nacional sostenible, lo cual implica un mayor espacio fiscal para la salud, el desarrollo de capacidades técnicas y la planificación de la transición.

Tres vías prácticas traducen esta visión de reforma en acciones concretas: institucionalizar las plataformas nacionales de coordinación y financiar las transiciones dentro de las estructuras gubernamentales existentes; establecer repositorios de datos subregionales y mecanismos de coordinación organizados en torno a corrientes de donantes, técnicas y comunitarias; crear un mecanismo de gobernanza regional a través de la propuesta de la

Coalición para la Reforma Sanitaria Global de la región de Asia y el Pacífico y el intercambio digital de conocimientos.

La Reforma Sanitaria Global en la región de Asia y el Pacífico, orientada a una arquitectura diseñada a nivel nacional, coordinada a nivel regional y alineada a nivel global, va más allá de las recomendaciones técnicas. Es un testimonio de: las voces regionales que dan forma al consenso regional, las diversas partes interesadas que construyen una visión compartida y la región de Asia y el Pacífico que reclama su papel en la Reforma Sanitaria Global, en lugar de reaccionar a las agendas establecidas en otros lugares.

Índice

I.	Introducción	1
II.	Métodos	1
III.	La arquitectura actual: Lo que funciona y lo que no funciona en la región de Asia y el Pacífico	2
IV.	Propuestas para reformar la arquitectura sanitaria global	4
A.	Propuestas de reforma de la gobernanza (G. 1-3)	4
	G1. Establecer prioridades basadas en la evidencia, multisectoriales e impulsadas por la comunidad	4
	G2. Establecer sistemas de supervisión y evaluación nacionales y regionales que exijan responsabilidades a todos los actores	5
	G3. Diferenciar los mandatos institucionales con el objetivo de mejorar la gobernanza regional	6
B.	Propuestas para la reforma de la financiación (F. 1-3)	8
	F1. Apoyar la transición responsable de la dependencia de donantes a la financiación interna sostenible	8
	F2. Alinear los mecanismos de financiación con las prioridades definidas a nivel nacional	9
	F3. Coordinar la financiación fragmentada para los bienes públicos globales y regionales	9
V.	Vías de reforma identificadas	10
A.	Plataformas nacionales de coordinación para el establecimiento de prioridades y la financiación de la transición	10
B.	Mecanismos subregionales de coordinación y rendición de cuentas	11
C.	Gobernanza regional y arquitectura del conocimiento	12
VI.	Próximos pasos propuestos	14
VII.	Conclusión	15

I. Introducción

La fundación Wellcome Trust encargó este diálogo como parte de una serie de cinco diálogos regionales sobre la Reforma Sanitaria Global. Esta iniciativa tenía tres objetivos: identificar las prioridades regionales comunes en materia de funciones y formas arquitectónicas; sintetizar los principios que reflejan lo que debe cambiar; y trazar vías de reforma viables a nivel global, regional, subregional y nacional. El diálogo convocó deliberadamente a diversos actores —gobiernos, organizaciones multilaterales, plataformas regionales, el mundo académico, la sociedad civil, la ayuda humanitaria y el sector privado— con el fin de garantizar perspectivas representativas y viables. Socios de toda la región de Asia y el Pacífico participaron en un proceso de consulta de cuatro meses que combinó: la revisión de pruebas, la identificación de las partes interesadas, entrevistas, una encuesta regional, grupos focales y un método Delphi estructurado. El diálogo propuso una arquitectura sanitaria global diseñada a nivel nacional, coordinada a nivel regional y alineada globalmente. En esta, la región de Asia y el Pacífico impulsa la reforma en lugar de limitarse a reaccionar. En este informe, presentamos las conclusiones del diálogo en cuatro partes: 1) un balance de la arquitectura sanitaria global actual; (2) un conjunto de propuestas de reforma en materia de gobernanza y financiación; (3) un conjunto de vías de reforma integradas; y (4) los próximos pasos para mantener el impulso.

II. Métodos

El diálogo empleó un enfoque de dos fases para involucrar a diversas partes interesadas de 25 países en la región de Asia y el Pacífico, con el fin de desarrollar una posición colectiva sobre la Reforma Sanitaria Global. En conjunto, la Fase I (de agosto a octubre de 2025) y la Fase II (noviembre de 2025) incluyeron las siguientes actividades:

1. **Revisión bibliográfica rápida:** Comprender la arquitectura sanitaria global actual, lo que incluye los mecanismos de gobernanza y financiación, los retos y las oportunidades de reforma.
2. **Mapeo sistemático de las partes interesadas:** Identificar a los participantes en las actividades del proyecto.
3. **Entrevistas con los informantes clave (EIC):** Recopilar opiniones detalladas de diversas partes interesadas en relación con las propuestas y vías de reforma sanitaria global.
4. **Debates en grupos focales (DGF):** Facilitar el diálogo entre los principales grupos de partes interesadas e identificar tempranamente las áreas de convergencia y divergencia.
5. **Encuesta en línea:** Recopilar opiniones de toda la región de Asia y el Pacífico sobre los desafíos actuales de la arquitectura sanitaria global y las posibles propuestas y vías de reforma.
6. **Reunión:** Reunión presencial de tres días llevada a cabo en Singapur para facilitar la creación de consenso mediante un método Delphi estructurado.

Tabla 1: Características de los participantes en todas las actividades de diálogo

Características	Las EIC y los DGF	Encuesta en línea	Reunión
Subregión			
- Sur de Asia	12 (27 %)	39 (18 %)	12 (23 %)
- Sudeste de Asia	15 (33 %)	81 (36 %)	24 (46 %)

Características	Las EIC y los DGF	Encuesta en línea	Reunión
- Asia del Este	9 (20 %)	19 (9 %)	10 (19 %)
- Pacífico	8 (18 %)	25 (11 %)	6 (12 %)
- Otros	1 (2 %)	58 (26 %)	0 (0 %)
Tipo de partes interesadas			
- Gobierno o multilateral	20 (44 %)	32 (14 %)	23 (44 %)
- Investigación o academia	12 (27 %)	93 (42 %)	11 (21 %)
- Sector con fines de lucro	1 (2 %)	24 (11 %)	2 (4 %)
- Sin fines de lucro ¹ o sociedad civil	12 (27 %)	73 (33 %)	16 (31 %)
Total	45	222	52

¹ Incluye socios para el desarrollo y organizaciones de ayuda humanitaria.

III. La arquitectura actual: Lo que funciona y lo que no funciona en la región de Asia y el Pacífico

El diálogo destacó las siguientes fortalezas de la arquitectura sanitaria global actual:

1. **El papel de la OMS como organismo normativo:** Los participantes reconocieron la necesidad de un único organismo mundial con la autoridad y la legitimidad para establecer directrices y normas técnicas. Los participantes consideraron que la función normativa de la OMS era un activo para la arquitectura actual y, en general, apoyaron que siguiera desempeñando ese papel.
2. **Colaboración transnacional y aprendizaje mutuo:** Las instituciones sanitarias mundiales y regionales han logrado establecer colaboraciones al margen de los intereses individuales de los gobiernos nacionales, generando plataformas para el aprendizaje mutuo y el intercambio de conocimientos. Esta función transnacional permite a los países más pequeños o con menos recursos beneficiarse de la experiencia y las normas mundiales que serían difíciles de desarrollar de forma independiente.
3. **Alianzas entre múltiples asociaciones interesadas y modelos de financiación combinada:** Los participantes destacaron que las alianzas entre múltiples partes interesadas, que incluyen la ayuda humanitaria, el sector privado y el capital comercial, han creado valiosos espacios para la innovación en la financiación de la salud. Los modelos de financiación combinada, en los que la ayuda humanitaria reduce el riesgo de las inversiones para atraer financiación privada a mayor escala, han demostrado su eficacia a la hora de reunir las pruebas necesarias para conseguir la aceptación del gobierno y garantizar la posterior transición a la financiación pública.
4. **Modelos de financiación conjunta colaborativa:** Los participantes señalaron que los mecanismos de financiación colaborativa, como el Fondo Mundial, han logrado facilitar la participación de múltiples partes interesadas en los niveles que les resultan más cómodos, incorporando así a actores no gubernamentales en iniciativas estratégicas interregionales en las que, de otro modo, no participarían.
5. **La salud se reconoce cada vez más como una prioridad colectiva.** A nivel global, regional y nacional, se ha priorizado en las agendas políticas, lo que ha venido acompañado de compromisos sostenidos para abordar los principales desafíos sanitarios.

Esta priorización se refleja en dos aspectos clave: la importancia que se concede a la salud en las campañas electorales nacionales y los programas políticos, y en la asignación continua de recursos al sector sanitario a lo largo de los años. Estos recursos provienen de los presupuestos públicos y de actores solidarios, a pesar de las restricciones fiscales generales. En conjunto, estas tendencias sugieren que la salud mantiene un lugar destacado en la formulación de políticas y la movilización de recursos, lo que subraya su papel como prioridad compartida y duradera.

Por el contrario, el diálogo puso de relieve las siguientes deficiencias de la actual arquitectura sanitaria global:

1. **Toma de decisiones liderada por el Norte Global:** El poder de la toma de decisiones, los recursos y las capacidades técnicas siguen concentrados en los países de ingresos altos. Esto determina las agendas sanitarias de los países del Sur Global, tal y como se refleja en las decisiones de financiación, la asistencia técnica y las iniciativas de desarrollo de capacidades, lo que refuerza las asimetrías de poder y limita la apropiación nacional.
2. **Prioridades inducidas por los donantes:** Los mecanismos de financiación inducidos por los donantes pueden socavar las prioridades nacionales en la salud, aumentar las cargas administrativas y duplicar el trabajo técnico en múltiples iniciativas. La dependencia de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) de los países y otras subvenciones de donantes da lugar a narrativas y patrones de financiación dominados por los donantes que refuerzan la dependencia y obstaculizan el desarrollo de una financiación sanitaria nacional sostenible. Esto profundiza las diferencias de alineación entre las agendas nacionales de salud y las impulsadas por los donantes.
3. **División de responsabilidades poco claras:** La superposición de mandatos entre los actores globales en materia de salud, por ejemplo, entre la sede de la OMS, las oficinas regionales y las oficinas nacionales, da lugar a duplicaciones y a una respuesta insuficiente a las prioridades de los países. Los mandatos de organismos regionales como la Comunidad del Pacífico (SPC) y la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN) no están lo suficientemente desarrollados como para impulsar las agendas regionales en materia de salud o representar eficazmente las prioridades regionales.
4. **Mecanismos de rendición de cuentas sin transparencia:** La ausencia de mecanismos de rendición de cuentas debilita la confianza entre los países financiadores, los países receptores y los organismos de ejecución. El sistema actual carece de medios eficaces para verificar que los compromisos se traduzcan en acciones, que los recursos se gasten según lo previsto y que los avances se midan de forma transparente. Esta falta de rendición de cuentas refuerza los desequilibrios de poder. Los países donantes y los financiadores multilaterales se enfrentan a un escrutinio mínimo sobre si cumplen con la financiación prometida, respetan los plazos o se ajustan a las prioridades de los receptores. Mientras tanto, los países receptores deben cumplir con estrictos requisitos de presentación de informes a los donantes. El resultado es una falta de confianza entre los países donantes y receptores, entre los países receptores que compiten por recursos limitados y entre las organizaciones multilaterales destinadas a coordinar los esfuerzos de salud global.
5. **Restricciones a nivel nacional:** A nivel nacional, la toma de decisiones populistas a corto plazo y las pérdidas relacionadas con la corrupción comprometen la eficiencia y la sostenibilidad de las inversiones en salud, ya que erosionan la credibilidad y la legitimidad del proceso de establecimiento de prioridades. Estos desafíos se agravan con la ausencia de una evaluación independiente.

IV. Propuestas para reformar la arquitectura sanitaria global

El diálogo reveló que una reforma eficaz requiere tanto de innovación como de optimización. Si bien algunas propuestas introducen nuevos mecanismos, la mayoría refuerza las estructuras existentes que son valiosas pero que siguen careciendo de recursos suficientes, de un mandato adecuado o de una buena coordinación. Este enfoque pragmático refleja las prioridades regionales: fortalecer lo que funciona, arreglar lo que no funciona y desarrollar nuevas capacidades solo donde las deficiencias son evidentes. Esta sección sintetiza las funciones, las formas y los facilitadores¹ que se priorizaron durante el diálogo. Las propuestas de reforma se conciben como paquetes integrados, que se pondrán en práctica a través de tres vías de reforma descritas en la sección V.

A. Propuestas de reforma de la gobernanza (G. 1-3)

Tres reformas de gobernanza abordan la falta de alineación en los procesos de establecimiento de prioridades, las deficiencias en la rendición de cuentas entre donantes y receptores, y la necesidad de una coordinación más sólida entre los distintos niveles mediante una mayor inversión en la colaboración regional y subregional.

G1. Establecer prioridades basadas en la evidencia, multisectoriales e impulsadas por la comunidad

Las decisiones populistas a corto plazo y la corrupción comprometen tanto la credibilidad (basada en la evidencia) como la legitimidad (amplio apoyo) de las inversiones en salud en la región de Asia y el Pacífico.

- **Función:** Permitir a los países establecer prioridades sanitarias que sean pertinentes a nivel nacional y coordinadas a nivel regional como prioridades sanitarias regionales comunes. Las prioridades deben ser creíbles y legítimas, basadas en pruebas científicas y con una participación significativa del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades, incluidos los jóvenes, los pueblos indígenas, las personas con discapacidad y otros grupos que sufren desigualdades en materia de salud.
- **Forma:** Plataformas nacionales o subregionales que reúnen a los sectores sanitarios y no sanitarios (como finanzas o medio ambiente), estructurando la participación inclusiva del gobierno, la industria privada, el mundo académico y la sociedad civil. Estas plataformas tienen el objetivo de identificar las prioridades nacionales en materia de salud, las cuales se incorporan a las prioridades regionales comunes (recuadro 1).
- **Facilitador 1: Fuerte liderazgo político y técnico a nivel nacional y regional.** Para ello, es necesario identificar y formar a quienes defienden la salud mundial, incluyendo líderes políticos y expertos técnicos, especialmente de países de ingresos bajos y medios y pequeños estados insulares. De esta manera, tendrán la confianza para expresar y defender sus prioridades en foros regionales e internacionales, y así obtener un equilibrio en las dinámicas de poder.
- **Facilitador 2: Establecimiento de centros regionales y subregionales de conocimiento** para recopilar datos sobre las mejores prácticas de aprendizaje intersectorial e internacional. Estos centros contarán con el apoyo de organizaciones mundiales (como la OMS, el Fondo Mundial o el Banco Mundial), organizaciones regionales (como el Banco Asiático de Desarrollo, la ASEAN y la Comunidad del Pacífico) e instituciones académicas.

¹Función, es decir, lo que debería hacer la reforma. Forma, es decir, la manera en que debe estructurarse la reforma. Facilitador, es decir, condición, recurso, capacidad o factor político que permite que la forma funcione eficazmente.

- **Facilitador 3: Mecanismos formales que garanticen la participación de actores marginados.** Muchos actores marginados se encuentran infrarrepresentados en los espacios de toma de decisiones, circunstancia que socava la credibilidad de los procesos de establecimiento de prioridades. Las estructuras de gobernanza deben incorporar mecanismos concretos y formales para la participación de la sociedad civil con el objetivo de eliminar la ambigüedad y evitar una participación simbólica. Para ello, es necesario prescribir claramente el papel de la sociedad civil, proporcionar procesos y procedimientos de consulta continuos, y establecer circuitos de retroalimentación transparentes que permitan evaluar si sus voces están siendo debidamente escuchadas y consideradas.

Recuadro 1: Ejemplo de un modelo de gobernanza inclusivo

La Asamblea Nacional de Salud de Tailandia convoca anualmente a más de 300 participantes, representando al gobierno, al mundo académico, a la sociedad civil y al sector privado, para establecer las prioridades en el ámbito sanitario mediante un diálogo estructurado. Cualquier ciudadano puede proponer temas para el orden del día. La Asamblea elabora resoluciones políticas —sobre temas que van desde el control del tabaco hasta la salud de los migrantes— que tienen peso legal cuando se presentan ante la Comisión Nacional de Salud y el gabinete. Desde 2008, ha demostrado cómo las plataformas multisectoriales institucionalizadas pueden hacer que el establecimiento de prioridades se fundamente en datos empíricos y sea ampliamente legítimo. Este mecanismo puede aplicarse a las plataformas subregionales o regionales para identificar los desafíos sanitarios comunes de la región.

G2. Establecer sistemas de supervisión y evaluación nacionales y regionales que exijan responsabilidades a todos los actores

Los sistemas actuales de supervisión y evaluación priorizan el rendimiento de los países receptores en función de los objetivos de los donantes. No existen sistemas equivalentes para realizar un seguimiento del rendimiento de los donantes en relación con los objetivos nacionales. La rendición de cuentas asimétrica perpetúa los desequilibrios de poder.

- **Función:** Es fundamental hacer que los actores rindan cuentas de sus compromisos en materia de salud mundial. Esto implica garantizar que dichos compromisos se traduzcan en acciones, que los recursos se utilicen de manera adecuada, que los avances se midan y comuniquen de forma transparente, y que dichos avances beneficien a las comunidades.
- **Forma:** Mecanismos paralelos de supervisión y evaluación con indicadores claramente definidos y basados en la equidad. Se debe utilizar una combinación de autoevaluación, revisión por pares y evaluación externa independiente que involucre de manera significativa a la comunidad (véase recuadro 2). Es necesario integrar los mecanismos de rendición de cuentas en las plataformas de establecimiento de prioridades (véase G. 1) para permitir, desde el principio, una supervisión coherente y el aprendizaje compartido.
- **Facilitador 1: Un grupo de trabajo regional para la reforma, integrado por múltiples partes interesadas y sectores,** y compuesto por líderes identificados, proporcionaría la estructura operativa necesaria para dirigir la agenda de reforma regional, desarrollar un marco de colaboración regional y supervisar su implementación.

Recuadro 2: Mecanismo de cumplimiento paralelo que implica la participación de múltiples partes interesadas y sectores

El Marco de Seguimiento de Las Islas Saludables ofrece un modelo sólido para el Pacífico, con indicadores obligatorios claramente definidos, matrices de rendición de cuentas, funciones y responsabilidades definidas, y un proceso de revisión externa dirigido por la Comunidad del Pacífico

(SPC) y la OMS. Sin embargo, aunque proporciona una supervisión técnica y política estructurada, todavía no incorpora la rendición de cuentas participativa: las comunidades, la sociedad civil y los grupos marginados no están formalmente integrados en el proceso de revisión.

La Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico (CESPAP) ha estudiado mecanismos participativos de rendición de cuentas para los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), como la revisión por pares y la revisión independiente, que, aunque no son específicos para la salud, pueden servir como un valioso modelo para la gobernanza sanitaria mundial.

El proceso de evaluación externa conjunta, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional, es un modelo de evaluación externa voluntaria de las capacidades en materia de seguridad sanitaria, que se suma a la autoevaluación. Sin embargo, carece de una evaluación externa independiente (por ejemplo, un comité de cumplimiento independiente o la participación formal de la sociedad civil). Este modelo reforzado puede extenderse a otras áreas de la salud, como el fortalecimiento de los sistemas de salud, para garantizar que los países y los donantes cumplan con los compromisos que son importantes para las comunidades.

G3. Diferenciar los mandatos institucionales con el objetivo de mejorar la gobernanza regional

La división poco clara de responsabilidades entre los distintos niveles crea superposiciones. La regionalización, junto con una reforma explícita del mandato, puede aclarar las funciones en cada nivel. Las instituciones sanitarias globales publican directrices técnicas y normas para los bienes públicos globales (como el Reglamento Sanitario Internacional). Las instituciones financieras globales coordinan los flujos financieros de diversos actores y sectores. Y las instituciones regionales establecen necesidades y prioridades comunes, definen los bienes públicos regionales, movilizan recursos financieros y técnicos y supervisan la rendición de cuentas a nivel nacional.

- **Función:** Identificar las prioridades comunes entre los países (G. 1), coordinar la fijación de la agenda a nivel regional y subregional y fomentar la colaboración regional y subregional en consecuencia. Esto incluye generar prioridades compartidas identificadas por los países, armonizar los esfuerzos entre las partes interesadas y movilizar recursos colectivos, incluyendo la voluntad política, los conocimientos técnicos y los recursos financieros.
- **Forma:** Plataformas regionales y subregionales dedicadas al diálogo multilateral, que involucre a múltiples partes interesadas, y a la colaboración coordinada. Las plataformas deben integrarse estrechamente con los mecanismos globales, sin dejar de responder a las necesidades de los países (recuadro 3).
- **Facilitador 1: Reforma explícita del mandato** para dotar a las instituciones regionales de la autoridad y la legitimidad necesarias para coordinarse eficazmente sin duplicar los esfuerzos globales o nacionales. La reforma del mandato debería reorientar a las instituciones hacia sus funciones principales, en las que tienen una ventaja comparativa, minimizando la superposición con otras instituciones en otros niveles. Los comités organizativos, como la Junta Ejecutiva de la OMS, o los consejos independientes, como The Elders, podrían supervisar dichas reformas. La reforma del mandato debería involucrar a los organismos de las Naciones Unidas, las instituciones financieras internacionales, los bloques regionales, las ONG y los actores privados.
- **Facilitador 2: Las estrategias de salud a nivel regional** respaldadas formalmente por los países e integradas en los mandatos organizativos, proporcionan a las plataformas de coordinación regional la base política necesaria para funcionar con eficacia. Los modelos existentes, como la Hoja de Ruta del Pacífico para el Desarrollo Sostenible en el marco

renovado Islas Saludables 2025, demuestran cómo los mecanismos subregionales pueden afianzar la colaboración multisectorial.

Recuadro 3: Coalición para la Reforma Sanitaria Global de la región de Asia y el Pacífico

La Coalición para la Reforma Sanitaria Global de la región de Asia y el Pacífico propuesta (descrita en detalle en la sección V) reuniría a diversas partes interesadas, facilitaría el intercambio de datos empíricos, respaldaría la coherencia de las políticas y proporcionaría un espacio estructurado en el que las realidades a nivel comunitario influyeran en las agendas subregionales y regionales y, en última instancia, dieran forma a la toma de decisiones a nivel mundial. Esto podría suponer una ampliación del actual Foro Parlamentario de la región de Asia y el Pacífico sobre Salud Global, que se limita a los parlamentarios de los estados miembros de la oficina regional para el Pacífico Occidental (WPRO) de la OMS y la ASEAN. Sin embargo, sirve de plataforma para intercambiar ideas, generar voluntad política, reforzar las capacidades y fomentar la colaboración a nivel regional mediante un enfoque que abarca a todo el gobierno.

B. Propuestas para la reforma de la financiación (F. 1-3)

Tres reformas financieras abordan las fallas de coordinación a nivel global, los desequilibrios de poder en la gobernanza financiera y la urgente necesidad de transitar hacia una inversión nacional sostenible. Estas propuestas están diseñadas para funcionar en conjunto con las reformas de la gobernanza.

F1. Apoyar la transición responsable de la dependencia de donantes a la financiación interna sostenible

Si bien algunos países de la región de Asia y el Pacífico siguen dependiendo de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD), las donaciones de los donantes y los gastos de bolsillo, muchos han pasado a la financiación interna. A pesar de este cambio, la salud sigue sin ser una prioridad en los presupuestos públicos, lo que dificulta el desarrollo de una financiación sanitaria nacional sostenible. La arquitectura actual carece de mecanismos explícitos para desarrollar la capacidad nacional y planificar una transición responsable de la financiación externa.

- **Función:** Apoyar la transición de los países hacia una mayor inversión nacional en salud mediante la planificación explícita de la transición, el fortalecimiento de la capacidad nacional y la implementación de mecanismos de financiación diversificados que reduzcan la dependencia de un puñado de donantes ricos en recursos.
- **Forma:** Financiación condicional que requiera planes explícitos de transición, salida y expiración, que deben incluir apoyo específico para aumentar el margen fiscal destinado a la salud y desarrollar la capacidad técnica e institucional nacional. La financiación se destinaría a funciones horizontales a nivel de sistemas, tales como la evaluación de tecnologías sanitarias, las autoridades reguladoras nacionales, los sistemas nacionales de adquisición, los mecanismos de evaluación y los marcos de datos digitales.
- **Facilitador 1: Mecanismos sólidos de mapeo de recursos y seguimiento de gastos.** Sistemas nacionales y regionales que realizan un seguimiento preciso y dinámico de la asignación y el desembolso de los recursos financieros procedentes de todas las fuentes: el gobierno, el sector privado, la ayuda humanitaria y la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD). Estos mecanismos mejoran la coordinación, reducen la fragmentación, protegen contra la corrupción y el uso indebido y permiten una planificación basada en datos empíricos para la movilización de recursos.
- **Facilitador 2: Mayor participación del sector privado con garantías de rendición de cuentas.** Mejor integración del sector privado en la arquitectura de gobernanza y financiación para desbloquear fondos adicionales destinados a los sistemas nacionales y los bienes públicos regionales. Esto requiere marcos que fomenten la participación del

sector privado. Es esencial que estos marcos no incrementen de manera desproporcionada su influencia y garanticen una financiación responsable y sostenible.

- **Facilitador 3: Mecanismos para la financiación combinada y la financiación innovadora.** Préstamos basados en políticas, modelos de financiación combinada y mecanismos innovadores (como los bonos de impacto en la salud o la adquisición regional conjunta): estos refuerzan la capacidad nacional, reducen el riesgo de la inversión interna y atraen diversas fuentes de financiación, al tiempo que mantienen la apropiación por parte del país.

F2. Alinear los mecanismos de financiación con las prioridades definidas a nivel nacional

Las prioridades impulsadas por los donantes distorsionan las agendas nacionales de salud, aumentan las cargas administrativas y perpetúan la dependencia en lugar de la colaboración. La arquitectura financiera actual otorga a los países receptores una participación mínima en el diseño de los mecanismos que configuran sus sistemas.

- **Función:** Garantizar que los flujos financieros respondan y rindan cuentas ante las prioridades sanitarias definidas a nivel nacional, con una participación significativa de los países receptores en la concepción, el diseño y la gobernanza de los mecanismos de financiación sanitaria global.
- **Forma:** Ejercicios periódicos de establecimiento de prioridades dirigidos y alineados con las plataformas descritas en G. 1, que orienten explícitamente las decisiones de financiación a nivel nacional. Estas prioridades nacionales servirían de base para la asignación de fondos a nivel subregional y regional, creando un flujo ascendente de necesidades definidas por los países en lugar de agendas descendentes de los donantes.
- **Facilitador 1: Participación equitativa de los beneficiarios en la gobernanza del mecanismo de financiación.** Participación significativa de los países de ingresos bajos y medios en los procesos de toma de decisiones sobre los mecanismos mundiales de financiación mancomunada, incluidos el diseño, la asignación de recursos y el seguimiento del rendimiento. Los países deberían tener un poder de voto proporcional a su interés en los resultados, y no solo a sus contribuciones financieras.
- **Facilitador 2: Apoyo financiero para los procesos nacionales de establecimiento de prioridades.** Financiación específica para establecer y mantener las plataformas nacionales multisectoriales y formar a los defensores de la salud mundial descritos en G. 1, garantizando que estas iniciativas cuenten con los recursos adecuados y se lleven a cabo con regularidad para orientar las decisiones de financiación.

F3. Coordinar la financiación fragmentada para los bienes públicos globales y regionales

Los mecanismos de financiación impulsados por los donantes dan lugar a inversiones fragmentadas, duplicación de esfuerzos y una coordinación insuficiente entre las múltiples fuentes de financiación. Esto debilita la eficiencia e impide la financiación adecuada de bienes públicos críticos a nivel mundial y regional.

- **Función:** Coordinar, armonizar y unificar las estrategias de financiación y las inversiones entre los bancos multilaterales de desarrollo, los donantes bilaterales, las organizaciones humanitarias y los actores del sector privado, con el fin de apoyar los bienes públicos globales y regionales. A nivel regional, las instituciones designadas (como los bancos regionales de desarrollo o las instituciones académicas) pueden llevar a cabo un mapeo rutinario de recursos multisectoriales vinculado a las estrategias regionales de salud.

- **Forma:** Mecanismos de coordinación claros para la separación de las funciones de financiación, ejecución y establecimiento de prioridades.
- **Facilitador 1: Reforma explícita del mandato** de las instituciones financieras globales y regionales. Mandatos claros y transparentes para coordinar la financiación sin duplicar las funciones de ejecución. Esto requiere colaborar con organismos de gobernanza, tales como el FMI, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, para formalizar estrategias de coordinación.
- **Facilitador 2: Mecanismos regionales de mapeo de recursos y seguimiento de gastos (F. 1).** Todos los agentes financieros deben estar obligados a cumplir los requisitos de información.

V. Vías de reforma identificadas

Si bien la sección IV articula lo que la futura arquitectura sanitaria global debería lograr a través de seis propuestas de reforma, esta sección presenta vías prácticas para alcanzar dicho objetivo, basándose en las intervenciones de los participantes durante el diálogo. Dadas las deficiencias de la actual arquitectura sanitaria global descritas en la sección III, las vías se centran en los niveles nacional, subregional y regional. Esto es intencionado con el fin de impulsar un proceso de reforma desde la base, reflejando una característica definitoria de la visión de la región de Asia y el Pacífico: la reforma debe diseñarse a nivel nacional, coordinarse a nivel regional y alinearse a nivel global. Por lo tanto, la mayor parte de la implementación se lleva a cabo a nivel nacional, subregional y regional, mientras que el nivel global desempeña un papel de apoyo más que determinante. La inversión propuesta de las dinámicas de poder tradicionales es deliberada. Los países definen primero las prioridades y desarrollan la capacidad nacional. En segundo lugar, los mecanismos subregionales se encargan de coordinar los desafíos y los recursos compartidos. Las plataformas regionales armonizan los esfuerzos y amplifican la voz colectiva. Las tres vías funcionan de manera coordinada. Cada vía aborda múltiples propuestas de reforma simultáneamente, reconociendo que las reformas de gobernanza y de financiación están profundamente interconectadas (figura 1).

A. Plataformas nacionales de coordinación para el establecimiento de prioridades y la financiación de la transición

La reforma comienza a nivel nacional. Los participantes identificaron la necesidad de institucionalizar plataformas nacionales de coordinación inclusivas que reúnan a organismos gubernamentales de distintos sectores (de salud, de finanzas, de medio ambiente) y partes interesadas (sector privado, sociedad civil y grupos marginados). Estas plataformas ponen en práctica el establecimiento de prioridades multisectoriales basadas en datos empíricos (G. 1) y una supervisión y evaluación responsables a nivel nacional (G. 2), al tiempo que garantizan que los flujos de financiación se ajusten a las prioridades determinadas a nivel nacional (F. 2) y apoyen la transición hacia la inversión nacional (F. 3). Las plataformas de coordinación nacional cumplirían cuatro funciones: 1) desarrollar planes nacionales de inversión y transición en materia de salud que identifiquen los recursos actuales y tracen vías hacia la financiación nacional; 2) definir prioridades multisectoriales que reconozcan las interconexiones entre la salud, el clima y el desarrollo económico; 3) identificar las fuentes de financiación nacionales existentes y potenciales para mejorar la transparencia; y 4) transmitir las prioridades a los niveles superiores para garantizar que la coordinación en los niveles subregional o regional refleje las necesidades definidas por los países.

- **Implementación:** Los países integrarían estas funciones en los Comités de Coordinación del Sector Salud existentes, en lugar de crear estructuras paralelas, ampliando los mandatos para incluir a los ministerios de finanzas, los sectores climáticos y los grupos marginados que actualmente están excluidos.
- **Plazo:** De 1 a 2 años para institucionalizar las plataformas y comenzar a desarrollar planes de inversión.
- **Riesgos clave:** Dependencia continuada de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) o del gasto propio ; corrupción y fuga de recursos; cambios en el liderazgo político y las prioridades; aislamiento y competencia entre sectores; falta de coordinación entre los mandatos institucionales, y escasez de mano de obra.
- **Mitigación:** Institucionalizar las funciones clave dentro de estructuras de gobernanza estables.

B. Mecanismos subregionales de coordinación y rendición de cuentas

Las funciones subregionales clave pueden abordar las deficiencias en materia de rendición de cuentas (G. 2 y F. 2), coordinar las prioridades y la financiación fragmentadas (G. 3 y F. 1) y facilitar la planificación de la transición mediante la cartografía de los recursos (F. 3). Los repositorios de datos subregionales respaldarían el establecimiento de prioridades nacionales basadas en datos empíricos, al proporcionar datos comparables sobre la financiación de la salud, el rendimiento de los programas y los resultados. Un **repositorio de datos sanitarios de la ASEAN**, por ejemplo, podría permitir a los países del Sudeste de Asia comparar las inversiones en sistemas sanitarios e identificar las mejores prácticas en modelos de financiación sostenible. Los repositorios serían propiedad de los países, y su alojamiento subregional lo facilitarían los foros nacionales de múltiples partes interesadas, lo que permitiría distribuir la carga administrativa y reforzar el papel de la coordinación subregional al servicio de las prioridades nacionales.

Los mecanismos de coordinación subregional podrían funcionar a través de tres vías. La **corriente de donantes o socios** (dirigida por el Banco Asiático de Desarrollo, el Banco Mundial, el Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio Internacional de Australia, el Ministerio de Relaciones Exteriores y Comercio Internacional de Nueva Zelanda, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional y el Fondo Verde para el Clima) consolidaría las prioridades de la ayuda al desarrollo, crearía matrices de mapeo de recursos y coordinación de socios, y facilitaría los diálogos sobre inversiones, abordando directamente la fragmentación de la financiación. La **corriente técnica** (impulsada por la OMS WPRO, SPC, agencias de la ONU y el mundo académico) facilitaría plataformas de aprendizaje entre países y mantendría paneles de rendimiento para garantizar la rendición de cuentas. La **corriente de participación comunitaria** (PIANGO y redes regionales de la ONG) garantizaría que las voces de la sociedad civil determinen las prioridades de coordinación y exijan responsabilidades a los actores. Las corrientes podrían coordinarse a nivel regional, por ejemplo, mediante la Coalición para la Reforma Sanitaria Global de la región de Asia y el Pacífico (propuesta en la vía regional que se describe a continuación); o mediante marcos y mecanismos subregionales, como el Pacto de Financiación Sanitaria del Pacífico (propuesto por los participantes de la subregión del Pacífico), el cual integraría la cofinanciación nacional, la adquisición regional conjunta y las hojas de ruta para la transición, en consonancia con las reformas de financiación (F. 3).

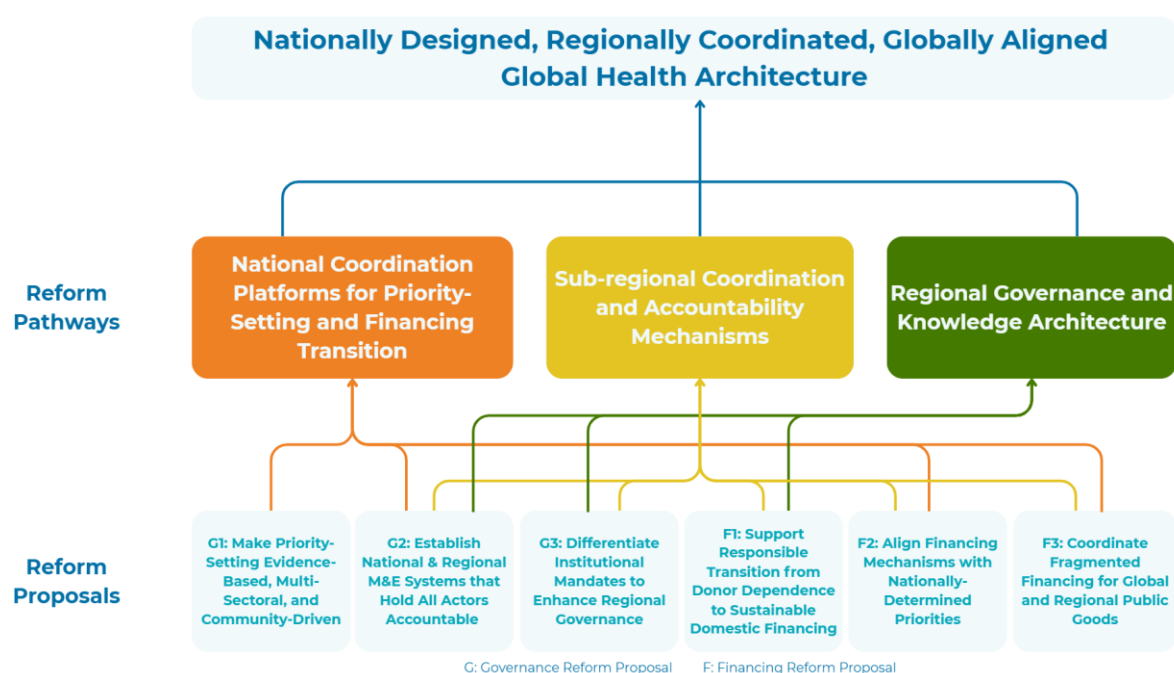
- **Implementación:** Uso pragmático de las instituciones existentes; por ejemplo, la subregión del Pacífico propone formalizar las agrupaciones sanitarias de Melanesia, Polinesia y Micronesia bajo el paraguas de la SPC o WPRO en un plazo de dos a tres años y llevar a cabo un mapeo conjunto de donantes.
- **Plazo:** Los repositorios de datos estarán operativos en 2030 y las vías de coordinación en un plazo de dos a tres años.
- **Riesgos clave:** Las agendas impulsadas por los financiadores podrían socavar la apropiación, la falta de apoyo político podría dejar a los mecanismos sin suficientes recursos, y los problemas relacionados con la calidad de los datos podrían poner en peligro la credibilidad.
- **Mitigación:** Integrar la cartografía de recursos en los ciclos de seguimiento existentes, como el Marco de Islas Saludables, para fortalecer las instituciones actuales en lugar de duplicarlas.

C. Gobernanza regional y arquitectura del conocimiento

La coordinación regional (G. 3) requiere una infraestructura específica que armonice los esfuerzos, movilice los recursos colectivos y garantice que las necesidades nacionales se canalicen hacia los foros mundiales. El diálogo propuso cuatro componentes interrelacionados que también refuerzan la rendición regional de cuentas (G. 2) y coordinan la financiación (F. 1). La **Coalición para la Reforma Sanitaria Global en la región de Asia y el Pacífico** (véase recuadro 3) proporcionaría una plataforma de reunión para múltiples partes interesadas con el fin de desarrollar conjuntamente áreas de reforma prioritarias, indicadores de rendición de cuentas y acciones piloto. La coalición crea un espacio para que diversos actores den forma a las agendas regionales. Está dirigida por el mundo académico y cuenta con la participación de gobiernos, oficinas regionales de la OMS, el Banco Asiático de Desarrollo (BAD), la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN), organismos multilaterales (UNFPA, UNICEF), la sociedad civil, el sector privado y donantes. Un **grupo de trabajo o secretaría regional para la reforma** proporcionaría la estructura operativa necesaria para desarrollar y supervisar un marco de colaboración regional, garantizar la participación inclusiva de las partes interesadas marginadas y coordinar la financiación entre los diferentes donantes. La plataforma digital **Asia Health Exchange** pondría en práctica la alineación continua mediante el intercambio de conocimientos, el desarrollo de capacidades, la cartografía de recursos y el seguimiento de los gastos (F. 1), así como a través de alianzas estratégicas para fortalecer la inversión nacional.

- **Implementación:** La arquitectura regional se lanzaría de manera preliminar con una reunión inicial, seguida de un período prolongado de movilización política antes de su puesta en marcha. El enfoque por fases reconoce que generar aceptación y establecer los mecanismos adecuados lleva tiempo.
- **Riesgos clave:** Fragmentación entre subregiones, intereses creados de las partes interesadas y resistencia a la cooperación, financiación insuficiente, y falta de legitimidad o credibilidad percibida entre determinadas partes interesadas (por ejemplo, el mundo académico).
- **Mitigación:** Financiación diversificada procedente de fuentes de ayudas humanitarias, bancos de desarrollo y apoyo académico en especie; combinación de fondos destinados al clima y la salud para hacer frente a las restricciones fiscales; y mecanismos sólidos de seguimiento y evaluación para controlar el valor añadido de todos los socios.

Figura 1 Propuestas y vías de reforma en la región de Asia y el Pacífico



VI. Próximos pasos propuestos

La prioridad inmediata es mantener el impulso generado por la reunión de Singapur y traducir el consenso en acciones concretas. El diálogo identificó las siguientes oportunidades para 2026 y años posteriores:

1. **Sesión especial de PMAC 2026.** Una sesión específica de la Conferencia del Premio Príncipe Mahidol (PMAC) 2026 presentará la posición regional a una audiencia más amplia del ámbito de la salud global. PMAC puede ofrecer visibilidad y legitimidad, acelerando la aceptación por parte de las partes interesadas y posicionando la perspectiva de la región de Asia y el Pacífico dentro de las conversaciones más amplias sobre la reforma global.
2. **Impulso orgánico derivado de las relaciones establecidas.** Las relaciones y los compromisos establecidos durante la reunión representan el resultado más valioso del diálogo. Los participantes regresan con una comprensión común de las prioridades regionales y las conexiones con posibles socios de todos los sectores y subregiones. Se espera que estas interacciones catalicen el cambio a través de colaboraciones bilaterales, iniciativas subregionales e innovaciones institucionales, sin necesidad de mecanismos centralizados o formales a corto plazo.
3. **Puntos de contacto estratégicos a lo largo de 2026.** Los puntos de contacto estratégicos a lo largo de 2026 pueden sacar a la luz iniciativas emergentes, compartir las primeras lecciones aprendidas de la implementación, facilitar las conexiones entre los actores que persiguen reformas complementarias y mantener el compromiso colectivo. Entre las oportunidades se incluyen el Foro de Alto Nivel sobre la Cobertura Sanitaria Universal 2025, la Conferencia Mundial sobre Seguridad Sanitaria 2026, la Reunión Regional de la WHS 2026 y el Simposio Mundial sobre Investigación en Sistemas de Salud HSR 2026. Estos puntos de contacto no tienen por qué ser muy elaborados; su propósito es mantener vivo y visible el diálogo, en lugar de permitir que se disipe el impulso.

4. **Desarrollo de la capacidad regional para el establecimiento de prioridades y la rendición de cuentas en 2026.** Para pasar del consenso a la implementación, en 2026 se pueden poner en marcha varias iniciativas concretas. El primer paso es crear un equipo de expertos técnicos de la región de Asia y el Pacífico (o subregional) con experiencia en el establecimiento de prioridades sanitarias. Esta red de expertos prestaría apoyo a los gobiernos nacionales y a las coaliciones subregionales (Asociación de Naciones del Sudeste Asiático, ASEAN, Comunidad del Pacífico, SPC, Asociación Sudasiática para la Cooperación Regional, SAARC) en la identificación de las prioridades nacionales en materia de salud y los bienes públicos regionales. Paralelamente, una mesa redonda regional sobre financiación debería reunir a financiadores, donantes y bancos de desarrollo para debatir estrategias de financiación alineadas con las prioridades identificadas, incluidos enfoques innovadores para financiar los bienes públicos regionales. Por último, debería crearse una red paralela de supervisión, evaluación y rendición de cuentas para reforzar la capacidad nacional de evaluación de políticas y programas.
5. **Más allá de 2026.** Las propuestas de reforma y las vías descritas en las secciones IV y V representan ambiciones a medio y largo plazo que deben surgir de una necesidad demostrada, en lugar de ser impuestas. Las primeras pruebas piloto de plataformas de coordinación nacional, la identificación de donantes subregionales y las actividades de intercambio de conocimientos pueden ayudar a evaluar la viabilidad.

VII. Conclusión

El diálogo en la región de Asia y el Pacífico presenta una arquitectura alternativa basada en los principios de subsidiariedad, inclusividad y apropiación nacional y regional. El diálogo elabora propuestas y vías de reforma en función de las prioridades definidas por cada país, y solo después considera cómo deben alinearse las instituciones globales. Las reformas son ambiciosas en su visión: gobernanza regionalizada, colaboración inclusiva, financiación impulsada a nivel nacional y rendición de cuentas institucionalizada. A pesar de esto, son pragmáticas en su aplicación, ya que se basan en las instituciones existentes, integran las reformas en las estructuras establecidas y reconocen la necesidad de adaptarse a contextos diversos. El diálogo reveló un consenso significativo sobre los principios fundamentales, aunque generó diversas vías de implementación a nivel nacional, subregional y regional. Este informe representa la sabiduría colectiva de diversas partes interesadas de 25 países de la región de Asia y el Pacífico, lo que da paso a una reforma diseñada a nivel nacional, coordinada a nivel regional y alineada a nivel global.



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清華大學
Tsinghua University

Funded by



This paper captures the outcomes of one of five regional dialogues supported by Wellcome, and led by regional partners. The views and opinions expressed throughout the dialogue are those of individual participants, and do not necessarily reflect the official policy or position of Wellcome.