

Síntesis de las consultas de HEAR CSO 2025

Fondo

Este documento presenta una síntesis del contenido común y distinto que surge de siete consultas regionales realizadas entre octubre y diciembre de 2025 con grupos de la sociedad civil de Europa Occidental y América del Norte, África, Asia Meridional, América Latina y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central, Oriente Medio y África del Norte, y Asia Pacífico.

Estas consultas forman parte de la iniciativa Arquitectura de la Salud Reimaginada: Organizaciones de la Sociedad Civil (HEAR CSO), creada para garantizar que las perspectivas, prioridades e innovaciones de los actores comunitarios y de la sociedad civil sean fundamentales en los debates sobre el futuro de la arquitectura de la salud global. HEAR CSO es una alianza entre UHC2030, GFAN, GNP+, ITPC, NCD Alliance, STOPAIDS y WACI Health.

Este documento actualiza el resumen previo de las consultas realizadas en octubre de 2025 y refleja la totalidad de las consultas regionales de HEAR CSO. En enero de 2026, HEAR CSO lanzó una encuesta global para ampliar el abanico de voces de las comunidades afectadas y la sociedad civil que contribuyen a las conversaciones y decisiones sobre la reforma de la arquitectura sanitaria global. Visite hearcsso.org para consultar los informes de la Encuesta Global y otras actividades que reflejan ideas convergentes, diversos marcos regionales y vías de desarrollo hacia una arquitectura sanitaria global más equitativa e inclusiva.

Superar a

Las consultas regionales están abiertas a todas las OSC interesadas en participar. Una convocatoria global, a la que asistieron más de 300 representantes de la sociedad civil, compartió esta invitación abierta y generó un interés significativo en todas las regiones. Además de la convocatoria abierta, se identificó a los participantes mediante un mapeo realizado por miembros de las redes del Comité Directivo de OSC de HEAR y la colaboración con los organizadores de las reuniones multisectoriales apoyadas por Wellcome Trust. Las inscripciones de los participantes se evaluaron en función de su ubicación geográfica, área de trabajo central y otros parámetros para orientar la difusión antes de cada convocatoria.

HEAR CSO colaboró con los siguientes socios regionales para realizar la difusión y facilitar las reuniones. En las demás regiones, los miembros del Comité Directivo de HEAR CSO lideraron la difusión y el Equipo del Proyecto dirigió la facilitación.

APCASO - Asia Pacífico

Fundación Huésped - América Latina y el Caribe

ITPC Europa del Este y Asia Central - Europa del Este y Asia Central

ITPC Oriente Medio y Norte de África – Oriente Medio y Norte de África

Acercarse

Las consultas utilizaron el Análisis Causal por Capas (ACL), un método participativo de pensamiento sistémico y de futuros desarrollado por Sohail Inayatullah. El ACL invita a los participantes a explorar el cambio en cuatro niveles interconectados: la letanía, o los problemas y narrativas superficiales que dominan el discurso actual; la capa sistémica, que identifica las estructuras sociales, económicas e institucionales que generan dichos problemas; la capa de la cosmovisión, que expone las creencias culturales, ideologías y relaciones de poder que configuran el sistema; y la capa mítica o metafórica, donde las historias profundas, los símbolos y las emociones colectivas influyen en cómo las personas comprenden y experimentan el mundo.

El análisis de estos niveles permite a los participantes ir más allá de la descripción de los problemas para replantear los sistemas e imaginar futuros preferidos: visiones de cómo podría ser una gobernanza sanitaria global justa y equitativa si se transformaran los supuestos subyacentes y las dinámicas de poder.

Posteriormente, los participantes tradujeron estas visiones en acciones explícitas e implícitas: reformas políticas concretas, cambios en la gobernanza o transformaciones sociales necesarias para hacer posibles los futuros preferidos. Estas incluyen propuestas tangibles como la creación de fondos regionales de salud, reformas institucionales o modelos de liderazgo, así como los cambios normativos y culturales necesarios para su sostenibilidad.

El análisis interregional se organizó utilizando los cuatro dominios de la arquitectura sanitaria global de HEAR CSO: orientación y gobernanza, coordinación del acceso a bienes públicos globales, financiación, e implementación y prestación.

Resultados: Participación

- En total, las siete consultas regionales de HEAR CSO llegaron a 139 participantes de 54 países que representan a 107 organizaciones de la sociedad civil.
- Ninguna enfermedad o tema dominó más de un tercio del área de trabajo autoidentificada por los participantes
- Las áreas abordadas incluyeron sistemas de salud, enfoques basados en políticas y derechos, atención primaria de salud, enfermedades no transmisibles, salud mental y bienestar, salud y derechos sexuales y reproductivos, acceso a medicamentos, preparación y respuesta ante pandemias, y enfermedades infecciosas, incluido el VIH y la tuberculosis.
- Más del 80 por ciento de los participantes informaron haber tenido experiencias vividas que informan su perspectiva sobre la arquitectura de la salud global.

Tabla 1: Participación en la consulta regional y alcance organizacional . Países contabilizados por país principal de operaciones de las OSC.

Consulta	Número de asistentes	# de países	Número de OSC
África	27	11	21
Asia-Pacífico	24	7	14
Europa del Este y Asia Central	17	12	13
América Latina y el Caribe	9	6	6
Oriente Medio y el Norte de África	12	5	9
Asia meridional	13	5	13
Europa Occidental y América del Norte	37	8	31
Totales	139	54	107

Nuestro análisis demográfico de los participantes identificó brechas en cuanto a edad, rol/relación con la arquitectura sanitaria global y geografía: los participantes más jóvenes, los trabajadores comunitarios de primera línea y los profesionales de la sociedad civil en sus inicios de carrera estuvieron subrepresentados, al igual que los participantes del Caribe, que sufren un huracán el día de la consulta. Las actividades de HEAR para OSC en 2026 buscan subsanar algunas de estas deficiencias.

Evaluaciones compartidas del presente y visiones para el futuro

A lo largo de las consultas, los participantes articularon un contexto actual definido por las desigualdades en la financiación, el acceso a medicamentos, pruebas y vacunas, y el poder de toma de decisiones, en particular para los grupos de la sociedad civil. Las historias y legados coloniales, el capitalismo y la degradación ambiental figuraron como elementos definitorios en todas las consultas, con notables variaciones regionales en la caracterización de roles y responsabilidades. Por ejemplo, los participantes tanto latinoamericanos como africanos articularon claramente cómo sentían que su región era percibida por personas de otras geografías, mientras que las consultas de Asia Meridional y Europa Occidental/América del Norte no incluyeron este tipo de reflexión sobre las percepciones externas. Las historias y los comentarios del presente en todas las regiones incluyeron una profunda sensación de colapso, calamidad, escasez y pérdida de progreso. Al mismo tiempo, y en todas las regiones, la programación, las visiones y las agendas lideradas y definidas por la comunidad se identificaron como fuentes de poder y energía.

Las consultas de diciembre de 2025 con la sociedad civil de Oriente Medio y Norte de África, Europa Oriental y Asia Central, y la región de Asia y el Pacífico reforzaron estas evaluaciones compartidas, a la vez que acentuaron su urgencia. En las tres regiones, los participantes describieron una mayor volatilidad de la financiación, la reducción del espacio cívico y la creciente incertidumbre vinculada a la inestabilidad geopolítica y al repliegue o la reestructuración de las instituciones sanitarias mundiales. Los sistemas de salud se percibieron ampliamente como fragmentados y reactivos, con las necesidades a largo plazo relegadas a un segundo plano en favor de respuestas impulsadas por la crisis.

En Europa Oriental y Asia Central, los participantes destacaron los efectos combinados de la reducción de la financiación internacional, las reducciones previstas o en curso en la presencia de instituciones globales y el aumento de la represión, el estigma y las barreras legales que afectan a las organizaciones comunitarias. En Asia y el Pacífico, los participantes destacaron la creciente desigualdad, la politización de la toma de decisiones, la retirada de donantes de los países de ingresos medios y los sistemas de salud que a

menudo tratan el acceso a la atención como un privilegio en lugar de un derecho. En Oriente Medio y el Norte de África, los participantes describieron sistemas orientados a la respuesta a emergencias en lugar del bienestar sostenido, condicionados por conflictos prolongados, desplazamientos, prioridades globales securitizadas y una subinversión crónica en atención primaria, enfermedades no transmisibles y salud mental.

En estas regiones, el conocimiento de la comunidad, la experiencia vivida y el monitoreo liderado por la comunidad fueron identificados consistentemente como algunas de las fuentes más confiables de información y rendición de cuentas, y como bases esenciales para sistemas de salud más equitativos, resilientes y centrados en las personas.

Visiones compartidas del futuro:

- Una arquitectura sanitaria global participativa, con las comunidades como codecisores
- Sistemas equitativos, con una distribución justa de recursos y poder
- Enfoques basados en las realidades comunitarias, no impuestos desde fuera
- Sólida colaboración Sur-Sur, complementada (no dominada) por alianzas Norte-Sur
- Confianza y transparencia, respaldadas por datos abiertos y acciones contra la desinformación
- La salud como un bien público, y el progreso medido a través del bienestar, la equidad y la prosperidad compartida

En cuanto a los futuros preferidos, los participantes de las consultas compartieron la aspiración de una arquitectura sanitaria global participativa, equitativa y basada en las realidades de las comunidades. En este futuro preferido, la interdependencia conduce a una distribución equitativa de los recursos entre las geografías y comunidades, con estructuras de financiación y gobernanza específicas para cada región que integran e

incluyen a la sociedad civil, fomentando la colaboración Sur-Sur, incluyendo la transferencia de tecnología y la fabricación. Esta colaboración Sur-Sur complementa y equilibra las alianzas Norte-Sur.

En el futuro ideal, la confianza y la transparencia se restablecen mediante el acceso abierto a datos y enfoques estructurados para identificar y neutralizar la información errónea y la desinformación. La salud se considera un bien público y los índices globales, nacionales y regionales priorizan el bienestar multifacético (mental y físico, humano y planetario, comunitario e individual).

El futuro imaginado es uno de confianza y equilibrio restaurados, donde el poder, el conocimiento y los recursos fluyen en ambas direcciones, y donde las comunidades son reconocidas no como beneficiarias sino como co-diseñadoras de los sistemas que gobiernan la salud y el bienestar.

Mitos y metáforas

Las metáforas desarrolladas mediante el proceso de Análisis Causal por Capas captan cómo los participantes entienden el cambio, no solo en términos técnicos o de políticas, sino como cambios de significado, identidad y poder. Nota: *La reunión de Europa del Este y Asia Central adaptó la metodología y no generó este análisis.*

Región	Metáforas e historias profundas	Notas interpretativas
África	Los elefantes pacíficos y los saltamontes prósperos; El escudo viviente; El manantial	Una visión de protección, interdependencia y supervivencia compartida. El poder es cooperativo, no extractivo, y la sabiduría se fundamenta en la comunidad y la naturaleza.
América Latina y el Caribe	Una arquitectura renovada construida sobre la confianza restaurada; Puentes de esperanza; La Madre Tierra y el Círculo de la Vida	La renovación y la reparación son temas centrales. Las metáforas de la región instan a sanar las fracturas históricas y reconstruir las instituciones como espacios de confianza.

Asia meridional	Millones de lámparas disipando la oscuridad; El hilo de la sanación; La red de la compasión	Las imágenes se centran en la iluminación, la conexión comunitaria y la resiliencia colectiva.
Europa Occidental y América del Norte	La familia humana; los bienes comunes; la comunidad domina al Goliath tecnológico	Se centra en la solidaridad, la responsabilidad compartida y la moderación ética. El poder se reestructura mediante la empatía y la cooperación.
Asia Pacífico	La salud al alcance de todos	Un futuro donde la salud sea un derecho y no un privilegio, posibilitado por un liderazgo comunitario significativo, acceso equitativo a la atención y la información, colaboración regional y sistemas que lleguen a las personas dondequiera que vivan.
Oriente Medio y el Norte de África	El olivo perenne	Una visión de sistemas de salud basados en la solidaridad y la responsabilidad compartida, que pasen de respuestas impulsadas por las crisis a una resiliencia a largo plazo, equidad y atención que sustente a las comunidades a lo largo de las generaciones.

Caminos hacia futuros ideales: acciones e hitos compartidos y regionales, 2025-2030

La tabla a continuación refleja los hitos y las actividades explícitamente identificadas y sugeridas implícitamente durante las consultas presenciales de HEAR con las OSC, así como el trabajo de planificación del futuro realizado previamente. Una actividad sugerida implícitamente puede referirse a una reforma política o un cambio sistémico necesario para lograr un resultado deseado, como una mayor participación de la sociedad civil en la

gobernanza. Este documento, que se encuentra en proceso de desarrollo, se validará y ampliará a medida que avancen los procesos consultivos.

Dominio	Hitos compartidos	Acciones y prioridades por región	Actividades Indicativas
Orientación y gobernanza	Establecer estructuras de cogobernanza que vinculen a gobiernos, comunidades y sociedad civil. Reformar los organismos de salud mundiales y regionales (la OMS y las oficinas regionales, incluidas la OPS y la SEARO, la Unión Africana y sus agencias, y los CDC de África) para institucionalizar la participación, la transparencia y la rendición de cuentas. Fortalecer los marcos jurídicos y de políticas que reconozcan a la sociedad civil como codecisores.	África: La gobernanza de múltiples partes interesadas, que incluya a las OSC, se adopta como norma en todos los niveles de los sistemas nacionales de salud y en el contexto de los fondos regionales (véase financiamiento); los aportes de gobernanza de las OSC se apoyan mediante la expansión de los mecanismos de contratación social y rendición de cuentas. América Latina: Participación formal de las OSC en la reforma de la OPS/OMS y estructuras de diálogo regional. Asia meridional: órganos conjuntos de planificación y supervisión que integran ministerios y OSC.	Revisión de la gobernanza y diseño de reformas. Sistemas de cogobernanza y transparencia operacionalizados.

Europa Occidental/América del Norte: Inclusión de liderazgos no estatales en plataformas de coordinación global y procesos de diseño de tratados.

MENA: La gobernanza de la salud prioriza la solidaridad y el bienestar a largo plazo por sobre la toma de decisiones securitizada e impulsada por las crisis.

Asia Pacífico: El liderazgo comunitario y la supervisión de la sociedad civil reemplazan la toma de decisiones politizada y la reducción del espacio cívico

EECA: La reforma de la gobernanza prioriza la participación significativa de las comunidades en la toma de decisiones en medio de la reducción del espacio cívico, la represión y la menor presencia de instituciones globales.

Coordinación del acceso a los bienes públicos globales	Expandir la producción regional de medicamentos, diagnósticos y vacunas. Desarrollar marcos de ciencia abierta, propiedad intelectual e intercambio de conocimientos basados en la equidad. Crear mecanismos globales y regionales para la gobernanza ética de la tecnología y la IA.	África: Cooperación regulatoria regional y transparencia de datos abiertos. América Latina: redes Sur-Sur de investigación y conocimiento abierto; capacidad regulatoria y productiva regional. Asia meridional: plataformas de información sobre salud digital y adolescentes. Europa Occidental/América del Norte: Marcos globales de I+D y gobernanza de la IA; acuerdos de acceso equitativo que reemplazan al ADPIC. MENA: La preparación regional y los sistemas de información sanitaria interoperables son fundamentales para gestionar los conflictos, los desplazamientos y las amenazas transfronterizas a la salud. Asia Pacífico: La gobernanza equitativa de las herramientas de	Se desarrollaron sistemas de intercambio de conocimientos regionales y Sur-Sur. Continúa expansión y perfeccionamiento de sistemas y soluciones de salud digitales éticos integrados en una estructura de gobernanza descolonizada .
--	---	--	--

		salud digital y la IA aborda las brechas geográficas, lingüísticas y tecnológicas. EECA: La coordinación regional garantiza el acceso al tratamiento y la prevención del VIH ante la disminución de la financiación de los donantes. Las redes comunitarias y regionales mantienen el acceso continuo a medicamentos esenciales y contramedidas a medida que evolucionan los mecanismos globales para coordinar la respuesta al VIH.	
Financiación	Establecer fondos regionales y temáticos de salud con gobernanza compartida entre los gobiernos y la sociedad civil. Comprometerse con objetivos y mecanismos de financiación nacional sostenible, como la reestructuración de la deuda, la tributación progresiva y la financiación gestionada por la comunidad.	África: Establecimiento de componentes de fondos de salud gestionados regional y comunitariamente en el marco de un marco continental de "Soberanía Sanitaria"; aplicación del Índice de Soberanía Sanitaria para dar seguimiento a los flujos de financiación equitativos.	Fondos y capitalización en el contexto de la expansión de enfoques de financiamiento innovadores y de las contribuciones continuas, aunque reducidas, de los donantes tradicionales, potencialmente basadas en el enfoque "GPI" de ayuda exterior.

	América Latina: Lanzamiento de un Fondo Regional de Salud Latinoamericano con cogestión de OSC. Asia meridional: 5% del PIB asignado a la salud; Fondo de Salud Mental del Asia meridional. Europa Occidental/América del Norte: Fondo de Unidad para poblaciones clave y marginadas; promoción de marcos de justicia fiscal y de deuda. MENA: Los mecanismos de financiación reconocen y asignan los fondos y recursos necesarios para acoger a las poblaciones desplazadas. Asia Pacífico: Los países de la región siguen teniendo derecho a recibir apoyo multilateral, lo que refleja las diferencias en la situación económica	Ampliación e iteración de los sistemas de financiamiento globales, regionales y nacionales.
--	--	--

entre las naciones y dentro de ellas. EECA: Las prioridades de financiamiento se centran en el financiamiento directo para organizaciones comunitarias, la diversificación de fuentes de financiamiento y políticas de donantes no limitadas por las clasificaciones de ingresos del Banco Mundial.			
Implementación y Entrega	Fortalecer la capacidad de los recursos humanos, el liderazgo y los modelos de prestación de servicios que reflejen las prioridades locales y las realidades comunitarias. Institucionalizar el liderazgo juvenil, la equidad de género, el trabajo justo y la inclusión de la experiencia vivida como conocimiento especializado.	África: Programas de liderazgo para personas con discapacidad; integración de curanderos tradicionales y proveedores comunitarios en la prestación de servicios. Integración de estrategias e intervenciones tradicionales y biomédicas. Expansión deliberada de la tecnología digital para reducir las brechas de salud entre las zonas urbanas y rurales. Monitoreo continuo liderado por la comunidad.	Se institucionalizan, evalúan e implementan, con el aporte de la comunidad, modelos de prestación de servicios inclusivos que actualizan objetivos de “integración” (entre enfermedades, salud mental y física, identidades urbanas/rurales y de población clave). nuevos indicadores sobre bienestar, salud, equidad y soberanía para rastrear y evaluar las necesidades, las brechas y los logros

América Latina: en todos los
Analistas comunitarios sistemas.
integrados en
observatorios
regionales y sistemas
de vigilancia de
enfermedades.

Asia meridional:
Rendición de cuentas
dirigida por jóvenes y
marcos de trabajo
justo para los
trabajadores de la
salud.

Europa
Occidental/América
del Norte:
Asociaciones que
vinculan el liderazgo
cultural, científico y
religioso en iniciativas
digitales y de salud
ética.

MENA: La prestación
de servicios pasa de
respuestas
humanitarias
temporales a sistemas
preventivos
integrados, que
incluyen atención de
salud mental y de
ENT.

Asia Pacífico: Se
desarrollan modelos
combinados de
atención primaria,
comunitaria y digital
que satisfacen las

necesidades de escala
, cobertura en
regiones remotas y
rurales y limitaciones
de fuerza laboral.

EECA: El monitoreo
comunitario se
institucionaliza como
un componente
fundamental de los
sistemas de salud, lo
que influye
directamente en la
prestación de
servicios y la mejora
de la calidad. Los
servicios de salud se
mantienen y adaptan
para garantizar el
acceso ininterrumpido
al tratamiento y la
prevención del VIH, a
la vez que se aborda
activamente el
estigma, la
discriminación y los
entornos legales
restrictivos.

Hacia los principios para los procesos y resultados de la reforma de la arquitectura de la salud global

A través de la diversa gama de voces, aportaciones y experiencias compartidas en el marco de las consultas de HEAR OSC en 2025, es posible identificar principios que la sociedad civil y las comunidades afectadas podrían utilizar para evaluar y participar en las propuestas de reforma de la arquitectura sanitaria global. Estos principios fueron

desarrollados tras las consultas por el comité directivo y el equipo del proyecto de HEAR OSC, y deben ser validados, debatidos y perfeccionados en foros más amplios. Compartimos aquí una lista como punto de partida, y colaboraremos con diversas partes interesadas de la comunidad y la sociedad civil para perfeccionarla, actualizarla y difundirla en 2026. Visite hearcsso.org para obtener información actualizada.

Principios básicos de la arquitectura de salud global: procesos y resultados de la reforma

- **La equidad como meta final.**
Partir de un futuro ideal, no de una reacción al contexto actual. La equidad en el acceso a la salud para todos debe ser el objetivo.
- **Representación, gobernanza y alcance multisectoriales.**
La salud va más allá del sector salud. El clima, la pobreza, la economía y los conflictos impactan la salud. La salud mental, física y planetaria están interrelacionadas. La arquitectura sanitaria global debe reflejar esta realidad mediante un alcance claramente definido, una inclusión amplia y planes y acciones integrados.
- **Funciones de liderazgo y toma de decisiones para las comunidades fuertemente impactadas por inequidades en salud como parte de una inclusión más amplia de la sociedad civil**
Las comunidades impactadas por inequidades en salud deben ser socios centrales, con recursos, con funciones de liderazgo y autoridad en la toma de decisiones dentro de la arquitectura de salud global.
- **Toma de decisiones conjunta y transparente.**
Todos contribuyen, todos deciden, todos se benefician. Los procesos y resultados de gobernanza deben romper con las dinámicas tradicionales entre donantes y receptores, así como entre el Norte y el Sur, y fortalecer la soberanía regional y el liderazgo nacional, incluyendo a las comunidades afectadas por las desigualdades.
- **Acuerdos de financiamiento y acceso alineados con la equidad y la continuidad.**
La arquitectura sanitaria global debe incluir acuerdos de financiamiento predecibles y alineados con las necesidades, que apoyen la continuidad del acceso a los servicios esenciales y faciliten la dotación directa de recursos a las organizaciones comunitarias. Las normas de financiamiento y los criterios de elegibilidad deben evitar transiciones que socaven la equidad o interrumpan la participación y el acceso.

Condiciones subyacentes para una reforma eficaz y equitativa

- **Sostenibilidad, resiliencia y continuidad durante la transición.**
La reforma de la arquitectura sanitaria global se lleva a cabo en contextos de cambio institucional, volatilidad de la financiación e inestabilidad geopolítica. La continuidad del acceso a una atención sanitaria asequible, accesible, aceptable y de calidad, así como los mecanismos para que la sociedad civil y las comunidades afectadas exijan responsabilidades a los responsables durante los períodos de transición, son esenciales.
- **Protección del espacio cívico y de los actores comunitarios**
La participación significativa, la rendición de cuentas y la prestación de servicios dependen de la protección del espacio cívico y de la seguridad y legitimidad de la sociedad civil y los actores comunitarios, incluidos aquellos cuya exclusión es estructural en lugar de intencional.

Conclusión

Las consultas de HEAR con las OSC generaron un espacio para que las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas por las desigualdades en salud en siete regiones examinaran colectivamente el contexto actual de la salud global y articularan las perspectivas futuras para la arquitectura sanitaria global. A través de la reflexión compartida y el diálogo regional, los participantes identificaron desafíos comunes, realidades regionales específicas y supuestos subyacentes que configuran la gobernanza, el financiamiento, la coordinación y la prestación de servicios. En conjunto, estas consultas generaron un conjunto de principios y prioridades que reflejan la experiencia vivida, la diversidad regional y un compromiso compartido con una arquitectura sanitaria global más equitativa, participativa y resiliente.