

en_ **foco**

Una vida
sana

para mujeres y
niños vulnerables

en_foco



La colección *en_foco* del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) se dedica a tratar temas actuales y urgentes de desarrollo internacional sostenible. Cada publicación sintetiza la experiencia de investigación del IDRC con el fin de extraer lecciones, observaciones y recomendaciones importantes. Cada libro constituye además el punto focal de un sitio web del IDRC que examina con mayor profundidad cada tema y que tiene la finalidad de satisfacer las diferentes necesidades de información del variado público lector del IDRC. Cada libro *en_foco* puede leerse por Internet en **www.idrc.ca**.

El IDRC agradecerá todos los comentarios y opiniones sobre esta publicación. Por favor, envíelos al editor a **info@idrc.ca**.

en_ **foco**




Una **vida**
sana
para mujeres y
niños vulnerables

**APLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN
SOBRE SISTEMAS DE SALUD**

**Sue Godt, Irene Agyepong,
Walter Flores y Gita Sen**

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE
Ottawa • Cairo • Montevideo • Nairobi • New Delhi

Publicado por el Centro Internacional de Investigaciones
para el Desarrollo (IDRC)
PO Box 8500, Ottawa, ON, Canadá K1G 3H9
www.idrc.ca/info@idrc.ca

© Contributors 2017. Autorizado por licencia de Creative Commons
Attribution 4.0. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> 

La investigación que se presenta en esta publicación se llevó a cabo gracias a la subvención concedida por el IDRC, Ottawa, Canadá. Las opiniones aquí expresadas no representan necesariamente las del IDRC o las de la Junta de Gobernadores.

ISBN 978-1-55250-603-5
ISBN (libro electrónico) 978-1-55250-606-6

Esta publicación podrá copiarse y redistribuirse siempre y cuando se brinde referencia y crédito a la publicación original. El IDRC desea conocer los usos de esta publicación. Ante cualquier intención de copiar y redistribuir material de esta publicación, comuníquese enviando un correo electrónico a info@idrc.ca. La mención de alguna denominación registrada en el documento no constituye necesariamente una aprobación del producto. Solo se provee como información.

Esta publicación puede leerse en línea en www.idrc.ca y sirve como foco principal de la página web temática **www.idrc.ca/healthy-lives**

Contenido

Resumen ejecutivo → **ix**

Prólogo → **xv**

Prefacio → **xvii**

Parte 1. Aspectos y contexto del desarrollo → **1**

Los sistemas de salud de calidad se traducen en una mejor calidad de vida para todos, en particular los más vulnerables, pero existen numerosos desafíos en su creación. Algunas barreras para la implementación de sistemas de salud sólidos son la falta de información, los servicios médicos precarios y la distribución deficiente de recursos.

Logros globales y brechas persistentes en cuanto a salud infantil, materna y reproductiva: ¿qué indican las cifras? . 1

 Población vulnerable invisible . 4

 El impacto del VIH/SIDA . 4

 El impacto del embarazo adolescente . 6

 La necesidad de mejor información y sistemas de información de salud más sólidos . 8

Lucha contra las desigualdades sanitarias . 9

Un plan global para la transformación de los sistemas de salud disfuncionales . 11

 Hacer frente al impacto de las intervenciones aisladas en materia de salud . 12

 Exigir cuentas a los responsables . 14

 Justificación de la importancia de una cobertura sanitaria universal . 17

Parte 2. El IDRC y las investigaciones sobre sistemas de salud → **21**

En esta sección se examina el enfoque del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) que apoya la investigación y usa la evidencia en la práctica y las políticas de salud, en particular los tres principios que han regido el trabajo del Centro.

Enfoque de programación de salud del IDRC: los tres principios eficaces : . 22

Desarrollo de métodos y capacidades que generen evidencia rigurosa . 25

 Búsqueda de nuevos métodos de investigación . 25

Fortalecimiento de la capacidad de los investigadores individuales . . .	26
Generación de nuevos conocimientos . . .	26
Fortalecimiento del uso de la evidencia para aumentar la responsabilidad . . .	27

Parte 3. Los sistemas de salud para una vida sana → 31

La evidencia obtenida a partir de determinados ejemplos nacionales, regionales y globales muestra los antecedentes, el pensamiento, los enfoques y los principales hallazgos que pueden ayudarnos a abordar los desafíos identificados y construir mejores sistemas de salud.

Fortalecimiento de los sistemas de información de salud y datos . . .	32
En la India: Identificación de las causas de mortalidad materna . . .	33
En Botsuana: Fortalecimiento de la evidencia para abordar los determinantes del VIH/SIDA . . .	36
En Nigeria: Construcción de un sistema de salud con base empírica . . .	39
Recopilación de datos . . .	40
Uso de los datos . . .	42
Generación del impulso para implementar la cobertura sanitaria universal asequible . . .	45
En África Occidental: Exposición de las consecuencias imprevistas de la abolición de tarifas para el usuario . . .	47
En la India: Promoción de la cobertura sanitaria universal . . .	49
Lecciones de Andhra Pradesh . . .	51
Fortalecimiento de la capacidad estatal para implementar la cobertura sanitaria universal . . .	53
A nivel mundial: Redes regionales promueven la cobertura sanitaria universal . . .	53
Integración de la cobertura sanitaria universal en los ODS . . .	61
Garantía de que las mujeres, los niños y los adolescentes no queden excluidos . . .	63
El diseño de sistemas de salud sostenibles y equitativos mediante el fortalecimiento de la rendición de cuentas y de la gobernanza . . .	65
En Guatemala: Creación de un sistema de supervisión indígena para el desempeño del sistema de salud . . .	66
En Sudáfrica y Uganda: Fortalecimiento de la participación ciudadana en los sistemas de salud . . .	69
En África Oriental, Central y Meridional: Creación de un sistema regional de rendición de cuentas . . .	72
Responsabilidades a nivel global . . .	73
Generar confianza y crear espacio para el compromiso . . .	75

Parte 4. Lecciones aprendidas y perspectivas → 79

Esta investigación arrojó lecciones referidas a seis temas específicos. Estos pueden ayudar a mejorar la equidad, la gobernanza y los sistemas de salud, y así garantizar resultados para los grupos vulnerables

- La importancia del desarrollo . 80
- La importancia de la población . 81
- La importancia de la política . 82
- La importancia de los sistemas . 83
- La importancia de la evidencia . 84
- La importancia de la financiación . 85

Parte 5. Perspectivas: aprovechar las oportunidades → 89

Los esfuerzos integrales y colaborativos pueden fortalecer los sistemas que mejorarán la salud de las mujeres, los niños, los adolescentes y la salud reproductiva, además de prevenir futuras emergencias médicas

Glosario de términos y abreviaturas → 93

Notas → 95

Fuentes y recursos → 107

Resumen ejecutivo

La cuestión

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) buscan mejorar la calidad de vida y promover el bienestar general. Hay desafíos presentes en la tarea de garantizar que las poblaciones más vulnerables, en particular las mujeres, los niños y los adolescentes, sean capaces de disfrutar de dichos beneficios. Gran parte de su pobre calidad sanitaria es resultado de la pobreza, el género, la falta de educación, la marginalidad social y los servicios de salud inaccesibles. Los sistemas de salud bien manejados, sólidos y equitativos pueden contribuir a una mejora sostenible en sus vidas. Estos sistemas de salud (no servicios) interactúan en diferentes sectores con partes interesadas para abordar las causas subyacentes de la baja calidad de la salud y proyectar servicios de atención médica primaria accesibles y de calidad.

Crear sistemas de salud sólidos implica desafíos. Entre las barreras clave están enfrentarse a sistemas de información de salud deficientes y pocos datos; servicios de atención médica inaccesibles, incompletos y con recursos insuficientes; el compromiso político para subsanar las causas de dichos problemas; y la falta de

gobernanza y rendición de cuentas para garantizar un desarrollo apropiado de políticas con la asignación de recursos suficientes que permitan una implementación eficaz y sostenible.

La investigación

Este libro hace un recorrido por los 15 años de investigación de los sistemas de salud financiada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), la cual ha sido llevada a cabo por investigadores que trabajaron de cerca con la comunidad y los dirigentes. Lograron recabar evidencia contextualmente relevante a nivel local, nacional, regional y global para poder afrontar estos desafíos arraigados de los sistemas de salud.

La calidad de los sistemas de información de salud y recolección de datos puede reforzarse de forma sostenible mediante la investigación de sistemas de salud con estructuras de salud apropiadas. En India, se presentó un nuevo procedimiento nacional para las revisiones de mortalidad materna según evidencias que demostraron que las revisiones existentes escondían la negligencia sistemática de las mujeres durante el embarazo y el parto, además de una tendencia de los profesionales médicos a ocultar sus propios errores. Dos organismos gubernamentales nigerianos hicieron oficial la toma de decisiones basándose en evidencia al establecer sistemas de observación innovadores “en tiempo real” en la comunidad, a través de los cuales los trabajadores visitaban a cada familia y les brindaban datos en tiempo real a los departamentos de planificación del ministerio. Estos dos ejemplos “mostraron” un recuento de las mujeres vulnerables, a menudo invisibles para el sistema, y facilitaron la planificación que respondió a sus necesidades médicas. Es importante mencionar que los datos se vuelcan en formatos apropiados para los responsables del cambio: índices de desempeño de las instalaciones para

los planificadores en materia de salud, herramientas de diagnóstico mejoradas y plataformas participativas para profesionales de la salud, docudramas y grupos de debate para las comunidades.

Los investigadores de sistemas de salud propiciaron esfuerzos para implementar el ambicioso ODS en torno a la cobertura sanitaria universal (CSU). Su evidencia documentó el impacto empobrecedor a largo plazo de los gastos médicos para las familias con pocos recursos, así como los problemas que afrontan los gobiernos al tratar de mitigar este sufrimiento aplicando subsidios parciales y fragmentados. Los investigadores desarrollaron guías y herramientas analíticas relevantes para ayudar a los gobiernos en la planificación de la CSU. La evidencia muestra cómo al colocar a las mujeres y adolescentes vulnerables en el centro de los procesos de la CSU se puede fortalecer el sistema completo. También se ha demostrado de forma significativa que la CSU no es una cuestión técnica, sino una decisión de índole política que requiere la solidaridad social sobre el valor de prestar atención a las poblaciones vulnerables.

La responsabilidad, la gobernanza y la administración de los recursos de salud son necesarias para asegurar la toma de decisiones uniforme y estratégica y la asignación de recursos que permita construir así sistemas de salud sólidos. La evidencia muestra que la gobernanza no solo es necesaria, sino que marca diferencias tanto a nivel nacional como global. Los investigadores de los sistemas de salud y los inversionistas en Guatemala y Uganda, por ejemplo, trabajaron en conjunto con las comunidades vulnerables para supervisar e informar la calidad de los servicios proporcionados, y negociar mejoras en los centros de salud maternal. En el este, centro y sur de África, los investigadores colaboraron con las autoridades para mejorar la gobernanza tanto a nivel nacional como regional. También se documentaron factores globales sistémicos que afectaban negativamente los esfuerzos por

mejorar los servicios médicos tanto en materia reproductiva como materna e infantil. Estratégicamente, también se han identificado oportunidades de cooperación Sur-Sur para abordar dichos factores globales.

Para asegurarse de que la evidencia se usa para impulsar el cambio, los investigadores buscan una relación de confianza y respeto con los dirigentes, los especialistas y las comunidades. También se crean plataformas participativas que faciliten el debate honesto y el diálogo profundo en torno a la evidencia de maneras que han influenciado la política y la práctica a nivel local, nacional y global.

Las lecciones

Hemos extraído seis lecciones a partir de la investigación y la experiencia para informar e inspirar a las nuevas generaciones de líderes e investigadores de salud y, a la vez, compartir con la comunidad de salud global, incluidas las organizaciones de financiación, algunas reflexiones críticas sobre los desafíos restantes.

La importancia del desarrollo: para una mejora en los resultados en materia de salud, es necesario abordar las causas fundamentales de la mala salud, tales como el género, la pobreza, la falta de educación y la marginalidad social. De lo contrario, siempre estaremos lidiando con los síntomas y no con el problema. Encontrar soluciones sostenibles a los problemas principales de las comunidades vulnerables y de los sistemas disfuncionales lleva tiempo porque el cambio es un proceso acumulativo que no se logra por medio de intervenciones únicas y aisladas.

La importancia de las personas: la mejora de los resultados en materia de salud no ocurre, a menos que exista un total compromiso por parte de todos los que puedan contribuir. Las poblaciones vulnerables, en especial las mujeres, los niños y los adolescentes desfavorecidos, necesitan ubicarse en el centro de la

planificación médica. Los miembros de la comunidad, especialmente los vulnerables, deben ser ciudadanos activos comprometidos; los proveedores de atención de salud requieren el apoyo necesario para garantizar servicios de calidad; y los dirigentes deben contar con la información, la autoridad y los recursos para tomar decisiones informadas con respecto a la asignación de recursos y planificaciones.

La importancia de la política: reconoce que la naturaleza política de la salud le da forma a las soluciones que buscan subsanar las desigualdades. Los investigadores financiados por el IDRC han demostrado cómo trabajar a nivel de la comunidad o global para abordar los problemas políticos y del poder que impiden que se alcance una equidad de los sistemas de salud.

La importancia de los sistemas: los sistemas de salud deben ser entendidos y tratados como un todo. Priorizar componentes individuales (recursos humanos, información médica), servicios individuales (vacunas), enfermedades particulares (VIH) o grupos específicos (madres y niños) por separado lleva a fragmentar más los esfuerzos.

La importancia de la evidencia: se necesitan métodos rigurosos para generar datos fiables y evidencia que informen cambios en la política y la práctica. Más importantes aún son las metodologías que analizan la exclusión y la equidad, las cuales pueden generar conclusiones viables. Es muy probable que la investigación no sea pertinente si no se ve impulsada por las necesidades de las comunidades y de las partes interesadas que buscan informarse y fomentar el cambio.

La importancia de la financiación: : los países de ingresos medianos bajos (PIMB) movilizan cada vez más sus propios recursos para conseguir una CSU que alcance a todas las poblaciones vulnerables y garantice su calidad. Sin embargo, la investigación arrojó una continua influencia de los planes y las

prioridades de los donantes sobre las estrategias nacionales y la distribución de los recursos. Las nuevas reflexiones y lecciones apuntan a la necesidad de colocar a los investigadores y las partes interesadas de estos países y a sus conocimientos en el centro de los procesos de investigación y desarrollo para que puedan ser quienes guíen la investigación y usen las conclusiones para promover el cambio sostenible. Los patrocinadores pueden facilitar un espacio para la elaboración de la visión y el desarrollo de relaciones con las partes interesadas de los PIMB en lugar de forzar un acercamiento prescriptivo e intentar después garantizar su adhesión. Los espacios de apoyo a la financiación a largo plazo junto con los parámetros del éxito que midan la importancia de los pasos hacia el cambio definitivo también son fundamentales.

Prólogo

Para los investigadores y las partes interesadas del IDRC en los últimos 15 años la investigación sobre la salud no es mera teoría. Son asuntos de vida o muerte que los afecta a ellos, a sus familias y a sus comunidades. Las partes interesadas son personas dedicadas, visionarias, que no se rinden a pesar de los problemas más desalentadores en pos de una investigación que le dé forma a la política y a la práctica.

Este título, *en foco*, celebra solo a unos pocos de estos asombrosos líderes de ideas del sistema de salud financiados por el IDRC. Sus experiencias, sus enfoques, sus resultados y sus logros se ven reflejados en este libro porque ellos ejemplifican el esfuerzo que implica mejorar la salud de miles de millones de personas marginadas en el mundo actual. Ha sido un honor y un privilegio asociarse con este grupo de investigadores y partes interesadas. En el IDRC quedamos inspirados por su compromiso y la calidad y riqueza de sus competencias, su experiencia, su conocimiento y los resultados que se han conseguido, y los que faltan conseguir.

Es con gran orgullo que compartimos la autoría de esta edición con tres distinguidas eminencias: la Dra. Irene Agyepong de Ghana, el Dr. Walter Flores de Guatemala y la Dra. Gita Sen de India. Se reflejan sus voces en este libro. Dada su enorme

importancia como líderes globales que representan a las comunidades vulnerables en la política pública, construyen la base de la evidencia y catalizan el compromiso de las partes interesadas para construir sistemas de salud sólidos y han colaborado inmensamente con este libro.

Agradecemos profundamente a Mary O'Neill por su trabajo de fondo en el libro y a Nola Haddadian por su infinita paciencia para guiarnos a través del proceso. Muchas gracias a Juliana F. Gnamon y Juan Carlos Rivillas-García por haber revisado el texto francés y el español, respectivamente. Nuestro aprecio más que sincero a nuestros colegas de equipo por permitirnos este aprendizaje conjunto y a Montasser Kamal por impulsar y construir sobre esta base. Nuestro profundo reconocimiento a los 15 años de un viaje colectivo de acción y reflexión impulsado por el liderazgo, la pasión y la visión de Christina Zarowsky, Pat Naidoo y Sharmila Mhatre. Nuestra gratitud particularmente a Sharmila por su invaluable e inspirado aporte durante las etapas de diseño y escritura.

Sue Godt

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC)

Prefacio

Contexto

Queremos establecer el contexto compartiendo reflexiones sobre dos desafíos en materia de salud a los que se enfrentaron los responsables de tomar decisiones a nivel nacional y global.

Emergencias sanitarias: lo que nos enseñó la enfermedad del Ébola

El brote del virus Ébola en 2014 en Guinea, Liberia y Sierra Leona (oeste de África) fue un llamado de atención para la interdependencia global. Ningún país fue inmune al registrarse casos en Mali, Nigeria, Senegal, Reino Unido y Estados Unidos. Nos hizo tomar conciencia de que nuestra seguridad sanitaria individual y colectiva van irremediablemente de la mano (Heymann et al. 2015; Gostin y Friedman 2015).

Aprendimos lecciones importantes. Primero, el brote reveló las **desigualdades sistémicas dentro de los países y entre ellos**.

En las zonas afectadas del oeste de África, los servicios médicos locales y los sistemas de observación no funcionaban apropiadamente, en especial en las zonas rurales, lo que derivó en “28 600 casos y 11 000 muertes durante el brote” (Green 2016: 2463).

Otros servicios médicos se vieron restringidos por la gente que evitaba los centros de salud. Muchos de estos centros cerraron sus puertas porque los recursos disponibles se derivaban a la prevención y los tratamientos de la enfermedad del Ébola. Durante el brote, “puede que algunas muertes se hayan debido a otras causas distintas del virus del Ébola” (Gostin y Friedman 2015: 1903). Wilkinson y Leach (2014: 136) señalan que las desigualdades sociales que presenta históricamente la región, así como la economía global aumentaron estrepitosamente la gravedad del brote. En el plano internacional, la cifra de más de USD 4000 millones donados fue un monto 15 veces mayor al presupuesto anual combinado de los tres países. La suma era también tres veces superior al costo anual de los servicios sanitarios universales que resultaban necesarios en Guinea, Liberia y Sierra Leona (Save the Children 2015).

En segundo lugar, el brote demostró la **necesidad de afirmar la gobernanza y la rendición de cuentas desde el nivel comunitario al nivel global**. Internamente, existía una desconfianza en la administración y los servicios médicos públicos por parte de las comunidades (Save the Children 2015; Wurie 2014; Kucharski y Piot 2014; Gostin y Friedman 2015; Wigmore 2015). Los tres gobiernos afectados no respetaron sus obligaciones en relación con las emergencias delineadas por el Reglamento Sanitario Internacional¹ (RSI), el cual obliga legalmente a 196 países a prevenir y actuar ante riesgos graves para la salud pública. Del mismo modo, los inversores internacionales no cumplieron con sus obligaciones de complementar o desarrollar la capacidad de los países de bajos ingresos afectados para permitirles cumplir sus propias responsabilidades. Muchos gobiernos ignoraron el RSI al aislar a los tres países. Las aerolíneas evitaban aterrizar en su suelo y el gobierno prohibió la entrada a personas provenientes de Guinea, Liberia y Sierra Leona.

Finalmente, como señaló Bill Gates, entre otros (Loewenson et al. 2015; Save the Children 2015; Barbiero 2014; Kieny et al. 2014; Heymann et al. 2015; Gostin y Friedman 2015),

hay una necesidad de reforzar los sistemas sanitarios públicos básicos, incluidos los sanatorios de atención primaria, laboratorios, centros de cuidados intensivos y sistemas de control [...] Sin un sistema de salud funcional es muy complicado que un país rompa el ciclo de las enfermedades y la pobreza. La salud es tan importante para el desarrollo que incluso sin el riesgo de una epidemia es primordial invertir en construir y mejorar los sistemas sanitarios. [sin cursiva ni negrita en el original] (Gates 2015: 1382)

Garantía de que las mujeres, los niños y los adolescentes no queden excluidos

La innovadora Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994² y su transformador Programa de Acción³ (Fondo de Población de las Naciones Unidas 2004) ofrecían una nueva y poderosa visión de cómo abordar los problemas en salud de las mujeres, los niños y los adolescentes vulnerables. Muchas partes interesadas del ámbito de la salud en aquel momento se concentraban en una interpretación limitada de la salud materna y priorizaban una serie de intervenciones para promover los partos seguros (Rosenfield y Maine 1985; Maine y Rosenfield 1999). La población y las partes interesadas en desarrollo se concentraban limitadamente en el control de la natalidad.

En 1994, se registró un movimiento por la salud de las mujeres que comprendía investigadores, civiles y funcionarios del gobierno y que tenía como fin hacer campaña por un enfoque mucho más amplio que incluyera los derechos en materia de salud sexual y reproductiva (SDSR). La evidencia se presentó en una publicación con mucha llegada: *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights* por Gita Sen, Adrienne Germaine y Lincoln Chen (1994), la cual argumentaba que las políticas públicas deberían “asegurar los derechos y el bienestar de la gente más que solo tratar de limitar el tamaño absoluto de la población mundial”. Colocaron los asuntos de género y derechos de las mujeres y las niñas en el centro de los procesos de desarrollo y salud.

Aún existen muchas barreras por derribar para alcanzar esta visión. En 2014, el IDRC de Canadá financió un suplemento informativo especial, dirigido por Gita Sen, Adrienne Germain, entre otros, para examinar los progresos de los países de ingresos medianos bajos (PIMB) a fin de lograr el cumplimiento de la agenda pactada en los últimos 20 años y para reflexionar sobre los desafíos y las oportunidades de progreso.

Los colaboradores concluyeron que se han dado pasos importantes para mejorar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y las políticas para la prestación de servicios. Pero aún existen tres brechas importantes: el **acceso desigual** a los servicios de salud sexual y reproductiva, sobre todo para las mujeres y adolescentes de zonas pobres y rurales; la **baja calidad** de estos servicios, y los **mecanismos administrativos inexistentes o deficientes** para controlar el progreso y abordar las desigualdades y la mala calidad de los servicios (Germain et al. 2015: 139).

Sen y Govender (2015) cuestionaron la forma de tratar las necesidades en materia de salud de las mujeres y los adolescentes de manera aislada en los sistemas locales de salud y propusieron colocarlas en una posición central de los sistemas de salud. **Las mejoras generales en los sistemas y los servicios que benefician a todos deberían ir acompañadas por una “atención especial para aquellos que tengan más necesidades y probabilidades de quedar rezagados”** [sin negrita en el original] (Sen y Govender 2015: 235). También propusieron un compromiso entre múltiples sectores para combatir las causas de fondo de la mala salud, incluido el matrimonio forzado y la violencia contra mujeres y niñas.

Superar el desafío

Estos ejemplos reflejan el creciente consenso acerca de la importancia de desarrollar sistemas de salud sólidos y responsables que resuelvan de forma sostenible las necesidades de los grupos vulnerables y que prevengan y gestionen de una mejor manera las

emergencias de salud imprevistas. Ambos ejemplos resaltan la importancia del acceso equitativo, los servicios de calidad y la gobernanza y la rendición de cuentas para promover la continuidad.

Pero, ¿cómo pueden los gobiernos y las partes interesadas llegar a ese sistema sanitario equitativo y sostenible que mejore los resultados en materia de salud? Esta edición de *en_foco* espera poder contribuir a la discusión acerca de este asunto tan fundamental.

El IDRC ha luchado contra los problemas de desigualdad, gobernanza y sistemas de salud desde 2002. A lo largo de la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁴ y mientras se definían los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),⁵ el IDRC ha trabajado con un notable grupo de investigadores y partes interesadas para encontrar maneras sostenibles de mejorar la salud de los miembros más vulnerables de la sociedad. Dado que las mujeres, los niños y los adolescentes quedan incluidos consistentemente entre los más marginados, la asistencia de la investigación de sistemas de salud del IDRC se ha concentrado cada vez más en fortalecer los resultados concernientes a la salud materna e infantil, y las necesidades de salud sexual y reproductiva. El Centro reconoce que si las comunidades y los países logran superar los desafíos específicos y mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, entonces la salud general también mejorará.

No obstante, la mejora en la salud de este grupo vulnerable aún es un desafío. Al final, la ciencia y las evidencias nos muestran que no es suficiente contar las muertes, prestar atención de emergencia durante momentos de catástrofes o proporcionar recursos básicos como oxitocina, antibióticos o sulfato de magnesio (Horton 2014). Lo que se necesita es administración, capacidad y un espacio físico para garantizar la existencia de un sistema que ofrezca cuidado continuo y apoyo para los adolescentes, las madres y sus familias. Ese sistema debe basarse en un contexto social,

político y cultural que demuestre que se valora a las mujeres, los niños y los adolescentes. Si se abordan las causas fundamentales y los determinantes sociales de la salud, lo cual es parte de la construcción de un sistema de salud sólido, los beneficios se extenderán más allá de los grupos vulnerables a toda la comunidad y a todos los sistemas sociales y nacionales de los cuales son parte. Estas bases, a su vez, ayudarán a prevenir y controlar rápidamente emergencias sanitarias como el brote devastador de la enfermedad del Ébola que atacó el oeste de África en 2014.

Este libro presenta evidencia recopilada durante 15 años de investigaciones sobre sistemas de salud por parte del IDRC sobre cómo mejorar la igualdad, la gobernanza y los sistemas de salud, y cómo ponerlos al servicio de los grupos vulnerables. Los lectores no encontrarán un plano ni soluciones únicas que aborden todos los desafíos de las mujeres, los niños y los adolescentes en materia de salud. No existe una fórmula mágica para mejorar de forma sostenida la salud de los miembros más vulnerables de nuestra sociedad. En su lugar, este libro busca enseñar a partir de la investigación y la experiencia obtenida de todo el mundo para informar e inspirar a una nueva generación de líderes e investigadores de la salud. También pretende compartir con otros miembros de la comunidad de la salud global —incluidas las organizaciones de financiación— algunas reflexiones importantes sobre los desafíos que aún persisten. El objetivo de esta publicación es identificar y unir estas lecciones para convertirlas en reflexiones sobre la forma de mejorar la vida de las mujeres, los niños y los adolescentes y de todos los grupos vulnerables a través de la mejora de la igualdad, la gobernanza y los sistemas de salud.

En la Parte 1 se resumen los aspectos fundamentales de los esfuerzos por mejorar los resultados en relación con la salud: el desafío de volver visible a la población vulnerable en los datos; los sistemas de información de salud ineficaces; la desigualdad generalizada; la fragmentación y el manejo mediocre de los sistemas de salud; el cambio de prioridades de los donantes que han

tendido a concentrarse en enfermedades individuales en lugar de las causas subyacentes y la debilidad del sistema; y la falta de CSU.

En la Parte 2 se describe en mayor detalle el enfoque del IDRC que apoya la investigación y promueve el uso de la evidencia en la política y la práctica en materia de salud. Esta sección también explica los principios subyacentes que guían el trabajo del Centro: ayudar a identificar a los invisibles; entender las causas fundamentales de sus problemas de salud; y acompañar a las partes interesadas correspondientes en la creación de soluciones sostenibles que fortalezcan los sistemas de prestación de salud y su responsabilidad en todo nivel.

En la Parte 3 se presenta la evidencia, y a los investigadores, los dirigentes, los miembros de la comunidad y otras partes interesadas que han sido protagonistas de esta historia. Hemos tratado de reflexionar sobre las ideas que guiaron la investigación, los enfoques usados, los hallazgos, los desafíos y las oportunidades clave. Ya que solo se puede abordar un puñado de ejemplos en este breve libro, hemos intentado incluir enlaces y referencias en la versión digital⁶ para ampliar la evidencia y el aprendizaje que se ha generado a lo largo de todos estos años. En este sentido, esperamos brindar referencias útiles para aquellos que deseen investigar más a fondo.

El camino hacia el bienestar y una vida más saludable no ha terminado. Aún hay enormes desafíos que superar. En la Parte 4 se sintetizan las lecciones fundamentales y los problemas más generales que han surgido para el IDRC en los últimos 15 años, mientras que en la Parte 5 se determinan las brechas y las oportunidades estratégicas que se deben abordar para avanzar.

Aspectos y contexto del desarrollo

Logros globales y brechas persistentes en cuanto a salud infantil, maternal y reproductiva: ¿qué indican las cifras?

Mortalidad materna en Uganda: la evidencia sobre la mesa

El mundo prestó atención cuando un grupo de jóvenes abogados ugandeses asistieron al Tribunal Constitucional y abrieron un expediente por la muerte de dos mujeres durante el parto. El Center for Health, Human Rights and Development (CEHURD),⁷ una organización ugandesa sin fines de lucro, apoyada por el IDRC y dirigida por Moses Mulumba, representó a un grupo de abogados y organizaciones que trabajan por la mejora en la salud materna. La demanda sostenía que el gobierno de Uganda infringía los derechos humanos y constitucionales de las mujeres al no proveerles el cuidado básico maternal (CEHURD 2011; Dugger 2011; Wilson 2015).

Hechos

En una zona rural de Uganda, una mujer llegó a un centro de salud pública local, a pocos kilómetros de su casa, en trabajo de parto. Sylvia Nalubowa tenía casi 40 años, este era su séptimo embarazo y desconocía que tendría mellizos. Como suele pedirse, llevaba consigo un par de guantes, una sábana plástica, gasas esterilizadas y otros elementos básicos que conforman el “kit de parto” que toda madre debe llevar a la hora del nacimiento de su bebé.

continuación ...

Su primer bebé nació en el centro de salud, pero cuando se dieron cuenta de la presencia del segundo, la labor de parto se dificultó y la mujer tuvo que ser derivada a un hospital del distrito que se encontraba a 12 millas. Su suegra utilizó el dinero que tenía para pagar el costo del transporte. Al llegar, una enfermera solicitó otro pago antes de llamar al doctor que la atendería.

A pesar de suplicarle y de ofrecerle la venta de parte de sus tierras, de una cabra o de un cerdo para hacer frente al pago más tarde, la madre se desangró gradualmente durante la noche mientras esperaba la atención. Su segundo hijo murió en el vientre.

El caso judicial también hacía referencia a Jennifer Anguko, una funcionaria gubernamental electa que murió desangrada durante el trabajo de parto en 2010. Murió en un hospital que contaba con una sola partera de turno y donde habitualmente faltaban elementos básicos como suturas, aun cuando servía como servicio de obstetricia de emergencia para una región de casi tres millones de personas.

Estos casos no son excepcionales. Se estima que en 2015 murieron 830 mujeres por día durante el parto alrededor del mundo. Una gran parte de las muertes podrían haberse prevenido y la mayoría tuvo lugar en PIMB (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2016b). Las hemorragias y otras condiciones evitables se mantienen como las causas de mortalidad más comunes o directamente inmediatas (Say et al. 2014). Pero, como muestran las innecesarias muertes de Sylvia Nalubowa y Jennifer Anguko en Uganda, los sistemas sanitarios fallan y, en combinación con determinantes sociales como la pobreza y la falta de respeto por los derechos de las mujeres, contribuyen significativamente a las causas distales (o subyacentes) de mortalidad.

La salud de mujeres y niños ha sido siempre una preocupación central para los gobiernos y la comunidad de desarrollo internacional. La reducción de la mortalidad infantil y la mejora en la salud materna fueron fundamentales para los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁸ (ODM) acordados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en 2001. A pesar de que el progreso hacia estos objetivos se ha quedado corto,⁹ se lograron avances significativos, tal como se ilustra en la tabla 1.

Tabla 1. Cambios en la mortalidad global, 1990-2015

Indicador	Porcentaje de baja global 1990-2015	Tasa (1990)	Tasa (2015)
Tasa de mortalidad infantil (muertes cada 1000 nacimientos de niños vivos)	Alrededor del 50 %	63	32
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (U5MR) (muertes por cada 1000 nacimientos de niños vivos)	53 %	91	43
Tasa de mortalidad materna (TMM) (muertes por cada 100 000 nacidos vivos)	53 %	385	216

Fuentes: OMS et al. 2015; OMS Observatorio de la Salud Global
[Acceso a la información: 14 de marzo de 2017]

Los ODS¹⁰ ahora liderarán las prioridades globales para 2030. Las preocupaciones acerca de la salud materno-infantil se integraron a un enfoque de "curso de vida" más amplio y completo que abordará las necesidades de las mujeres, los niños y los adolescentes. Partes interesadas nacionales y globales se movilizan en torno a la *Promoting health through the life-course - Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030*.¹¹ El nuevo objetivo apunta a reducir la tasa de mortalidad materna (TMM) global a menos de 70 por cada 100 000 nacimientos de niños vivos; reducir la mortalidad neonatal a un máximo de 12 por cada 1000 nacimientos de niños vivos y la mortalidad de los menores de 5 años a un número no superior a 25 por cada 1000 nacimientos de niños vivos. El ODS 3¹² también apunta a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Cabe destacar que la Estrategia mundial enfatiza la creación de un entorno que permita a la salud "transformar a la sociedad para que las mujeres, los niños y los adolescentes de todas partes puedan entender en toda su magnitud sus derechos de salud y bienestar", lo cual "brindará a su vez enormes beneficios sociales, demográficos y económicos".

Población vulnerable invisible

Sin embargo, estas estadísticas a nivel global no revelan toda la escena. La figura 1 muestra las brechas considerables en el progreso para reducir la mortalidad materna dentro de las regiones y entre ellas. El mayor progreso desde 1990 se produjo en el este de Asia, donde la TMM ha bajado en un 72 % en comparación con el sur de Asia, donde solo tuvo lugar un 22 % de las muertes maternas globales. Es una gran preocupación que dos tercios del total de muertes maternas se produzcan en África Subsahariana (OMS 2015: xi) a pesar de que esta región solo representa el 13 % de la población mundial.¹³

Se necesitan más datos para ayudar a describir los desafíos que afronta África Subsahariana en la reducción de la mortalidad materna. No ha sido fácil recolectar estos datos y la OMS (2015: 26) entendió que gran parte de la población vulnerable ni siquiera está representada en los datos globales actuales. Esta brecha puede tener consecuencias devastadoras porque los datos que brindan una comprensión más profunda acerca de las condiciones y los grupos específicos permiten la creación de políticas, programación y distribución de recursos más específica y orientada. De todos modos, se están subsanando las brechas, tal como se observa en los siguientes ejemplos sobre VIH/SIDA y embarazo adolescente.

El impacto del VIH/SIDA

Existe evidencia concreta en la actualidad que demuestra que el VIH/SIDA es una causa indirecta importante de la mortalidad materna. Por ejemplo, Kenia aún tiene una TMM muy alta con 510 mujeres fallecidas por cada 100 000 nacimientos (OMS et al. 2015: xi). Sin embargo, Desai et al. (2013: 9) analizó la información obtenida durante un período de cinco años en el oeste de Kenia y concluyó que dos tercios de las muertes relacionadas con el embarazo se debieron a causas no obstétricas, el 30 % de las muertes se atribuyó al VIH/SIDA.

Figura 1. Tasa de mortalidad materna (por cada 100 000 nacimientos de niños vivos) por país y región, 2015

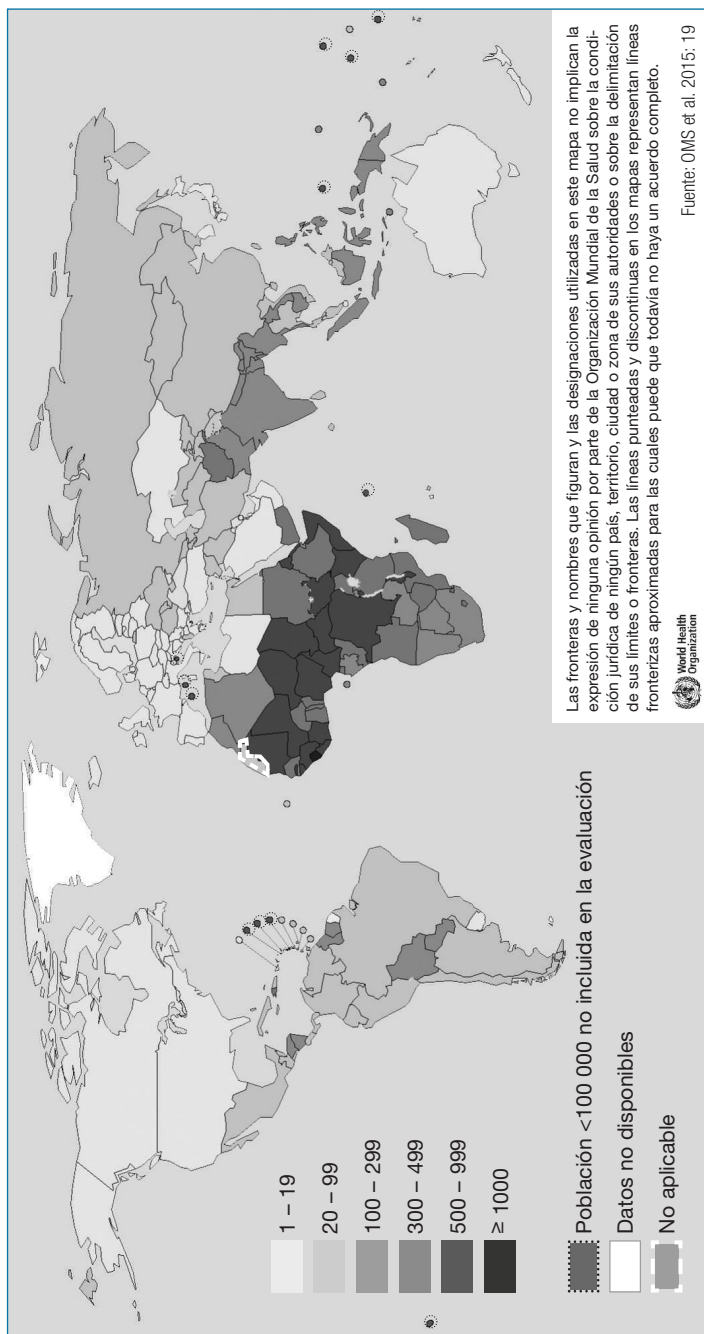


Tabla 2. Tasa de mortalidad materna y porcentaje de muertes en madres relacionadas con el SIDA en países seleccionados del sur de África¹⁴

País	Tasa de mortalidad materna (TMM), 2015	Muertes maternas indirectas relacionadas con el SIDA
Botsuana	129	18 %
Sudáfrica	138	32,1 %
Suazilandia	389	18,6 %

Fuente: OMS 2015: 51-55¹⁵

Asimismo, el informe sobre tendencia global en mortalidad materna de la OMS (OMS et al. 2015: 26) señaló que 7 de los 26 países que consideraron “no tener progreso” en la reducción de la mortalidad materna fueron afectados por la epidemia de VIH. Aunque los medicamentos antirretrovirales han ayudado a reducir la mortalidad materna, aún existen grandes desafíos en la reducción de las tasas, dado que la epidemia continúa causando estragos en los sistemas de salud y su infraestructura.

El impacto del embarazo adolescente

Hasta hace no mucho no se comprendía bien el embarazo adolescente ni se reflejaba en los datos y aún hoy existe información limitada acerca del grupo particularmente vulnerable entre los 10 y los 14 años. No obstante, el embarazo adolescente es hoy una parte sustancial de la agenda global porque se ha reconocido que el embarazo temprano atenta contra los objetivos de desarrollo e impacta directamente en los esfuerzos por reducir la mortalidad materno-infantil. Cada año, alrededor de 16 millones de adolescentes dan a luz, lo cual representa un 11 % de los nacimientos en el mundo (OMS 2016a). Estas jóvenes madres presentan un alto riesgo de muerte durante el parto o de desarrollar fístulas obstétricas, lo que puede ocasionar complicaciones a largo plazo, entre ellas incontinencia, infertilidad y exclusión social. Las madres adolescentes son más propensas a tener más

hijos y en menores intervalos de tiempo. La tasa de mortinatos o de muertes durante las primeras semanas de vida es un 50 % mayor en bebés nacidos de madres adolescentes. Las necesidades de salud sexual y reproductiva se encuentran insatisfechas en gran medida, lo que resulta en una suma aproximada de tres millones de abortos inseguros por año entre mujeres de 15 a 19 años (OMS 2016a).

Al analizar el embarazo adolescente en Níger queda demostrada la necesidad de información en unidades menores, es decir, desglosada, para así desarrollar un entendimiento más completo del tema. Este país registró la tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo, con un 51 % de las mujeres de entre 20 y 24 años que dieron a luz antes de los 18 años (Loaiza y Liang 2013: 14). Sin embargo, la información a nivel nacional oculta lo que ocurre a nivel local y distrital, donde se encuentra la responsabilidad de la mayoría de los servicios de salud. Se pueden enmascarar diferencias extremas en los resultados; por ejemplo, las adolescentes de la región de Zinder en Níger son tres veces más propensas a tener hijos antes de los 18 años (68 %) que sus contrapartes de la ciudad capital Niamey (21 %) (Loaiza y Liang 2013: 19). El desglose de los datos apunta a la necesidad de políticas y programas específicos según el contexto, en lugar de generalizados.

También existe un creciente reconocimiento de la importante función que pueden desempeñar los datos a la hora de explicar las causas del embarazo temprano, las cuales se encuentran arraigadas a las desigualdades sociales y estructurales, incluido el matrimonio forzado a corta edad, la violencia de género, la pobreza y el bajo nivel educativo. Por ejemplo, el *International Center for Research on Women* (2016a) confirma que un tercio de las niñas en los PIMB se casa antes de los 18 años de edad. La pobreza es un factor clave y las niñas que viven en condiciones de pobreza son casi dos veces más propensas a casarse antes de los 18 años de edad que aquellas que viven en hogares con mayores ingresos. La violencia amenaza la salud de las mujeres jóvenes: a

nivel global, el 29 % de las mujeres de entre 15 y 19 años que ha tenido relaciones sexuales ha experimentado violencia por parte de su pareja (Woog et al. 2015) mientras que la Cumbre Mundial para Poner Fin a la Violencia Sexual en los Conflictos de 2014 documentó violencia sexual sistémica en conflictos y entornos delicados. La evidencia demuestra la relación entre las altas tasas de fertilidad en adolescentes y los bajos niveles educativos; incluso las niñas que asisten a la escuela con frecuencia se ven forzadas a abandonarla durante el embarazo, lo que pone en riesgo sus posibilidades económicas futuras (Loaiza y Liang 2013). La falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los suministros contribuye a que el VIH sea una de las principales causas de muerte a nivel global en las niñas de entre 10 y 19 años. Las complicaciones en el embarazo y el parto son otra causa importante de mortalidad adolescente (International Center for Research on Women 2016b).

La necesidad de mejor información y sistemas de información de salud más sólidos

El desafío es **cómo** acercarse a aquellas personas que no figuran en los datos. Entender quién falta y las variaciones dentro de los países y entre estos son algunos primeros pasos importantes. La investigación apunta a la insuficiencia de muchos sistemas de información de salud para lograr el objetivo deseado. En algunos países no se registran datos, de forma parcial o completa, sobre grandes porcentajes de la población debido al mal funcionamiento de los sistemas de registro civil de nacimientos, defunciones y matrimonios. Cuando se recolectan datos en instituciones como escuelas, clínicas y hospitales, inevitablemente existen márgenes de error y diferencias porque aquellos que no pueden acceder a esas instituciones quedan "afuera" y no se cuentan. Los sistemas de información de salud disfuncionales mantienen invisibles a estos grupos, lo que significa que es muy posible que sus necesidades no se satisfagan.

La fragmentación de los datos también es una preocupación importante. Normalmente, diferentes partes interesadas, incluidos gobiernos federales y estatales, actores municipales, donantes internacionales y diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) locales e internacionales se ven involucradas de forma independiente en la planificación y la prestación de la atención médica con poca coordinación. Regularmente, el personal de las instituciones sanitarias se ve obligado a recolectar información y a registrar actividades para diferentes finalidades, lo cual demanda tiempo, pero luego los datos se almacenan en diferentes sistemas de información de salud, lo que lleva a brechas y duplicaciones.

Lucha contra las desigualdades sanitarias

La demanda ugandesa [ver la página 1] plantea interrogantes sobre la función de las causas fundamentales de las muertes de las dos mujeres. Al explicar el caso judicial, el CEHURD (*Center for Health, Human Rights and Development*) (2011: 30) notó que la mayoría de las mujeres no podían acceder a los servicios y, por ende, daban a luz “fuera de los establecimientos sanitarios y sin la ayuda de profesionales”. Este sostuvo (p. 31) que “muchas de las muertes podían prevenirse y se veían influenciadas por una compleja interacción entre el entorno social, económico, cultural, físico, los comportamientos referidos a la búsqueda de la salud y la calidad de los servicios de salud brindados”. Aunque las tasas sanitarias se abolieron a principios del siglo XXI (Dugger 2011), aún existe el interrogante de por qué una mujer de 40 años, madre de siete hijos, no fue enviada a un centro especializado antes de las complicaciones y por qué nadie había descubierto que era un embarazo múltiple. Ambas mujeres lograron llegar a un centro de salud, pero no obtuvieron el cuidado de calidad que necesitaban por falta de insumos, número insuficiente de empleados entrenados y motivados, y, en el caso de Sylvia Nalubowa, por el pedido de un pago informal adicional que no pudo pagar.

A nivel global, existe una falta clara de acceso asequible a servicios de salud de calidad. En 2010, la OMS estimó que más de 100 millones de personas caen en una situación de pobreza cada año debido a catastróficas sumas en gastos de salud (OMS 2010: 8). La evidencia de la investigación en todas las regiones muestra que las familias responden a los altos costos de la salud mediante la evasión de los cuidados necesarios, la contracción de deudas o el recorte del consumo en educación y alimentos (Brearley et al. 2012: ix).

La OMS define esta inequidad sanitaria creciente como

*las desigualdades evitables [sin cursiva en el original] en la salud entre grupos de personas dentro de los países y entre estos. Estas inequidades surgen de desigualdades dentro de las sociedades y entre estas. Las condiciones socioeconómicas y sus efectos en la vida de las personas determinan sus riesgos de enfermedades y las acciones que se toman para prevenir o tratar las enfermedades.*¹⁶

Una red de líderes examinaron estos asuntos teniendo en cuenta el conocimiento¹⁷ de los sistemas de salud apoyados por el IDRC y contribuyeron al Informe mundial de la OMS¹⁸ sobre determinantes sociales de la salud¹⁹ (OMS et al. 2008). El informe demostraba el impacto que tenían en la salud de

*las condiciones en las cuales las personas nacían, crecían, trabajaban, vivían y envejecían, así como los diferentes conjuntos de fuerzas y sistemas que le dan forma a las condiciones de la vida diaria. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos.*²⁰

La pobreza, el género, la raza y la etnia pueden contribuir a la exclusión y al debilitamiento, lo cual exacerba la mala salud (Iyer et al. 2008). Estos determinantes presentan múltiples obstáculos que se combinan para generar un círculo vicioso relacionado con

la mala salud. Para lograr un cambio sostenible, se requieren esfuerzos para identificar los obstáculos estructurales más profundos que le impiden a los más vulnerables, que incluyen a las mujeres, los niños y los adolescentes, el acceso a servicios sanitarios de calidad.

Un plan global para la transformación de los sistemas de salud disfuncionales

La OMS ha llevado a cabo esfuerzos para desarrollar sistemas de salud sólidos que **permitan** brindar servicios de calidad y accesibles para los más vulnerables. El desafío es dónde y cómo invertir estratégicamente. En la mayoría de los sistemas de salud se ha puesto el énfasis en el suministro de servicios médicos a más hospitales especializados. Sin embargo, estos servicios son a menudo inaccesibles para la mayoría de las personas pobres y con frecuencia absorben grandes porcentajes de los presupuestos nacionales para la salud (OMS 2008: 11). La OMS abogó por la necesidad urgente de fortalecer la atención primaria de la salud (APS) a nivel local donde vive la gente. La APS es necesaria para mejorar la salud materno-infantil porque es a este nivel que se proporcionan cuidados prenatales y posnatales esenciales, inmunización infantil y tratamientos de condiciones endémicas, como la malaria, así como se prestan servicios de derivación a cuidados más especializados. La OMS lanzó la APS durante la *Declaración de Alma-Ata*²¹ (OMS 1978) y renovó la campaña con su Informe sobre la salud en el mundo de 2008 *La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*.²² Este enfoque complementó los esfuerzos para colocar a los sistemas de salud²³ (OMS 2000) y la financiación equitativa de los sistemas de salud (OMS 2010) en la agenda global. Estos cambios en el pensamiento sobre los sistemas de salud se combinan con pensamientos más sistémicos sobre cómo llegar a las mujeres, los niños y los adolescentes más vulnerables. Las reformas necesarias incluyen las siguientes:

- reducción de la exclusión y las disparidades sociales en la salud (reformas de la cobertura universal);
- organización de servicios sanitarios alrededor de las necesidades y expectativas de las personas (reformas en la prestación de servicios);
- integración de la salud a todos los sectores (reformas de la política pública);
- búsqueda de modelos cooperativos de diálogo de políticas (reformas de liderazgo); y
- incremento de la participación de las partes interesadas. (OMS 2008)

Hacer frente al impacto de las intervenciones aisladas en materia de salud

Estas tendencias (identificar los determinantes sociales de la salud y reafirmar la importancia de la APS y los sistemas sólidos de salud) respondían a la evidencia creciente de los impactos variables de los esfuerzos aislados por mejorar los resultados de la salud. Desde 2000, gran parte de la financiación de los ODM relacionada con la salud en los PIMB se ha movilizó a través de un pequeño grupo de *Global Health Initiatives* (GHI), financiadas por filántropos privados y donantes multilaterales y bilaterales. GAVI (antes conocida como Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización); el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (conocido simplemente como Fondo Mundial); el Programa Presidencial Estadounidense de Emergencia de Asistencia para el SIDA (PEPFAR); y el Programa del Banco Mundial contra el SIDA (World Bank MAP) se enfocaron en enfermedades o intervenciones sanitarias individuales y desempeñaron un papel importante en la orientación de las inversiones. Por ejemplo, hubo un esfuerzo conjunto por mejorar la salud infantil (ODM 4) mediante vacunas con el incremento de financiación para GAVI de parte de la Fundación Gates, y los gobiernos estadounidense y británico. Para 2015, el monto

destinado a vacunas alcanzaba el 45 % del total destinado a la salud infantil (IHME 2016: 51)

Las GHI desempeñaron un papel importante al ayudar a los países a alcanzar sus ODM. Por ejemplo, para 2015, alrededor del 77 % de las mujeres con VIH embarazadas tuvieron acceso a medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos (ONUSIDA 2016). Pero esos logros pueden ser difíciles de sostener: a menudo son beneficios al alcance de la mano y no siempre alcanzan a los más vulnerables en la sociedad. En 2003, la Iniciativa Canadiense para la Inmunización Internacional, Fase 2, financiada a través del IDRC, apoyó una serie de estudios de países²⁴ que subrayaban las “falacia de la cobertura”. En los estudios se documentaron formas en las cuales la cobertura y la eficacia de las vacunas se veían perjudicadas por diferentes factores, como por ejemplo la vacunación a destiempo o a edades no apropiadas; brechas persistentes en cuanto al género, lo que implicó menores tasas de vacunación para las mujeres; y resistencia de las familias que no comprendían o aceptaban la vacunación debido a sus creencias y valores. En los estudios se destacan los peligros de asumir que las tasas nacionales informadas de vacunación reflejaban las tasas de cobertura reales, habida cuenta de que existe una gran variación a nivel local y regional (Mhatre y Schryer-Roy 2009).

Los efectos secundarios de un enfoque singular en enfermedades e intervenciones individuales se han vuelto evidentes en la fragmentación de los sistemas globales. En una serie de estudios de caso sobre 21 países publicado en 2009, el *Maximizing Positive Synergies Academic Consortium*²⁵ examinó el impacto de las GHI (principalmente PEPFAR y el Fondo Global) en los sistemas de salud de los PIMB. En estos estudios se descubrió una expansión demostrable de los servicios indispensables priorizados en los programas dada la suma de nuevos recursos importantes. Por otro lado, se descubrió también que el personal y los recursos, que ya eran limitados, a veces se desviaban del sistema principal global

de salud para atender prioridades específicas de los donantes (Maximizing Positive Synergies Academic Consortium 2009).

En el estudio del caso Pothapregada y Atun (2009) en Ghana se demostró un fortalecimiento del servicio de entrega de antirretrovirales, pero también problemas en el monitoreo y la evaluación debido al deber de informar los resultados a través de canales verticales relacionados con la financiación. A pesar de la nueva financiación, siguieron produciéndose gastos médicos privados adicionales como parte de los gastos globales del sector de la salud. Los indicadores de logro de las iniciativas fuera de las GHI en materia de salud materno-infantil (incluido el cuidado prenatal, la planificación familiar y el servicio de parto por personal calificado) fallaron a la hora de demostrar mejoras comparables como en las áreas de salud prioritarias.

Exigir cuentas a los responsables

El caso judicial de Uganda resaltado en la página 1 demuestra cómo los miembros de la sociedad pueden ayudar a exigir cuentas a las instituciones gubernamentales y a fortalecer los sistemas de salud. A pesar de los numerosos problemas, el Tribunal Constitucional aceptó el caso, aunque fuera inicialmente rechazado con base en el argumento de que la magistratura no era competente para los casos relacionados con la distribución de recursos por parte del gobierno. No obstante, en octubre de 2015, la Corte Suprema anuló el fallo y ordenó al Tribunal Constitucional que tomara el caso. Un nuevo panel de jueces argumentó que el caso había generado importantes preguntas que “necesitaban la interpretación constitucional para el pueblo de Uganda” (Mulumba 2016). Mientras continúa el caso judicial, el gobierno ha incrementado notoriamente los fondos del sector de la salud de USD 215 millones a USD 328 millones, ha contratado a más empleados para el sector de la salud y ha comenzado a reparar las salas de maternidad. Estas inversiones contribuyeron a la reducción en las muertes maternas de 420 por cada 100 000 nacimientos de niños vivos en 2010 a 343 para 2015.²⁶

Este avance es una “victoria” importante, pero también es necesario identificar y fortalecer la responsabilidad por la salud materna en niveles subnacionales. Mediante una investigación participativa (IAP) en tres distritos de Uganda, Ekirapa-Kiracho et al. (2016) se descubrió que las distintas partes interesadas desempeñan una función para mejorar la salud materna.

[...] los líderes locales (presidentes de organismos, jefes comunales, miembros del consejo) fueron los puntos de entrada a las comunidades y tuvieron un papel importante en la movilización de las comunidades para el diálogo y la concientización sobre las ventajas del ahorro [de dinero] como forma de prepararse para el parto. También desempeñaron papeles importantes en la tarea de responsabilizar a los proveedores, tales como funcionarios distritales de la salud y directivos de centros de salud.

A nivel familiar, la participación de los hombres en los asuntos relacionados con la salud materna ha sido crucial porque ellos tienen el poder económico y toman las decisiones, por lo cual influyen las decisiones que toman sus esposas. (Ekirapa-Kirachoi et al. 2016: 102)

En términos de la mala calidad de los servicios, gran parte de la culpa recae en los trabajadores de la salud, pero es importante entender qué motiva los comportamientos y las actitudes de despreocupación. En Ghana, Aberese-Ako et al. aplicaron enfoques etnográficos para explorar las realidades de los trabajadores de primera línea y descubrieron que la mayoría de ellos sentía que varios aspectos del sistema eran injustos. Los factores incluían malas condiciones de los servicios, percepción de desigualdad en la distribución de los incentivos y falta de protección y respeto. Las relaciones de poder desigual y la desconfianza entre el personal contribuía a los conflictos. La necesidad de “crear un ambiente de ecuanimidad en la organización entre los trabajadores de primera línea y los administradores de los centros de salud y

del sistema de salud” era de suma importancia (Aberese-Ako et al. 2014: ii15).

La responsabilidad por los resultados en materia de salud también se extiende a niveles globales. De nuevo en Uganda, el incremento del presupuesto nacional para la salud aún no llega al 15 % de la meta presupuestaria que el gobierno fijó cuando firmó la *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases de 2001*²⁷ (OMS, Oficina regional para África 2017). Es importante destacar que el presupuesto de salud depende de la distribución establecida por el Ministerio de Finanzas, Planificación y Desarrollo Económico. Un informe de *Action for Global Health (2010)*²⁸ descubrió que al momento de las muertes debatidas entre el tribunal y el CEHURD, el gobierno dependía en gran medida de la financiación externa. Se hizo hincapié en prioridades macroeconómicas, lo cual a menudo resulta en una merma del gasto público. Una recomendación y un hallazgo clave del informe era que los donantes reflexionaran sobre cómo sus inversiones y criterios pueden afectar de forma negativa la política y el gasto en sectores sociales como la salud:

los donantes de la Unión Europea necesitan establecer un diálogo con el FMI y el Banco Mundial al involucrar a los gobiernos en países de desarrollo, para promover la coherencia entre las políticas de los gobiernos, las políticas de los donantes de la Unión Europea y las de aquellos que no forman parte de la UE, específicamente en lo concerniente a los topes de gastos, lo que se cree que es una carga para los sectores sociales de los países en desarrollo. (Action for Global Health 2010: 5)

Estos ejemplos demuestran que es necesaria la responsabilidad tanto a nivel familiar como distrital, nacional o global. ¿Cómo logramos una mayor responsabilidad social para la salud materno-infantil y una mayor calidad en los sistemas de salud? Quizás parte de la solución resida en la concientización social y el apoyo de las partes interesadas en todos estos niveles.

Justificación de la importancia de una cobertura sanitaria universal

Considero que la cobertura sanitaria universal es el concepto único más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Es inclusiva. Unifica los servicios y los involucra de una forma integrada y completa basada en la atención primaria de la salud. (Dra. Margaret Chan, directora General de la OMS)²⁹

Como mencionamos anteriormente, la provisión de cuidados de calidad y accesibles es esencial para la promoción de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. El consenso global de que las disparidades en el acceso a los servicios de salud debieran eliminarse fue central para la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la necesidad de la cobertura sanitaria universal (CSU), adoptada en 2005. La CSU implica que

todas las personas pueden hacer uso de los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliación de la salud, tanto como les sea necesario y de una calidad suficiente para que sean eficaces, y a su vez debe garantizarse que su uso no los expone a dificultades económicas.³⁰

Transformar los sistemas para proveer servicios de calidad, accesibles y asequibles para los más vulnerables requiere de la implementación eficaz de estrategias y redistribución de recursos. Para un cambio sostenible, los responsables de la generación de dichos procesos necesitan aportar evidencia que respalde las reformas financieras de la salud. La Asamblea de la OMS dejó en claro específicamente la necesidad de metodologías

que midan y analicen los beneficios y costos de diferentes prácticas de financiación de la salud, que abarcan el cobro de ingresos, el agrupamiento y la provisión o compra de servicios, teniendo en cuenta las diferencias socioculturales y económicas.

En respuesta, la OMS, en su *Informe sobre la salud en el mundo de 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*³¹ establece la agenda (OMS 2013). Además, una coalición activa de la CSU³² ha reunido unas 860 organizaciones de 117 países, incluidas organizaciones civiles y multilaterales, organismos de financiación y ONG de desarrollo.

Esta comprensión holística de la salud se refleja en ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.³³ La fragmentación causada por tener ODM en grupos de personas y enfermedades por separado se supera integrando metas de salud materno-infantil y VIH/SIDA dentro de este objetivo. Como dato importante, la CSU se incluye como objetivo: **Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles de calidad para todos.** Este cambio de perspectiva fue expresado elocuentemente por Michel Sidibé, director ejecutivo de ONUSIDA:

La CSU es un pilar fundamental de estos derechos y del derecho a la salud, con la protección contra las dificultades económicas como tema central. Es por esto que la CSU debe ser más que un ejercicio técnico. Es y debe ser una toma de conciencia sobre los derechos y la redistribución de oportunidades. Y, como tal, es inherentemente política: se trata de identificar estructuras de poder arraigadas y atacar el debilitamiento, la marginalización y la exclusión. (Sidibé 2016: e355)

En la Parte 1 se han examinado temas sistémicos importantes que afectan los esfuerzos por mejorar la salud de los más vulnerables, entre ellos las mujeres, los niños y los adolescentes. La falta de información desglosada de calidad y la debilidad de los sistemas de información sanitaria pueden mantener al margen a los grupos invisibles, en particular si no asisten a los centros de salud. Esto genera terribles consecuencias en el control de la

salud infantil, materna y reproductiva, así como en la planificación, el desarrollo y la financiación de programas relevantes. Las desigualdades estructurales en la salud son resultado de una compleja interacción de determinantes sociales, económicos y políticos, que afectan de manera desproporcionada a mujeres y niños. En respuesta, la OMS junto con partes interesadas de todo el mundo han llevado a cabo esfuerzos globales para transformar los sistemas de salud y proveer servicios de calidad, accesibles y asequibles a nivel primario, y adoptar estrategias de cobertura universal para sostener el cambio. En efecto, la CSU provee una guía global para encontrar soluciones sostenibles que permitan mejorar los resultados generales de salud, en particular en lo que concierne a los derechos y la salud infantil, materna y reproductiva. Es importante mencionar que la comunidad global ha tomado conciencia de que el alcance de la CSU no es un ejercicio técnico sino que requiere de un proceso político para superar el arraigo de las divisiones del poder y las barreras estructurales que perpetúan las desigualdades en materia de salud.

El IDRC y las investigaciones sobre sistemas de salud

Con más de una década de ayuda en las investigaciones de los sistemas de salud en los PIMB, el IDRC ha profundizado su conocimiento acerca de las necesidades y los beneficios de tener sistemas de salud sólidos. En investigaciones realizadas entre 2002 y 2006, el Centro apoyó tres fases de financiación para la investigación y el desarrollo de capacidades y, entre 2006 y 2015, en colaboración con donantes afines, apoyó unos 165 proyectos de investigación por un valor cercano a los CA\$ 170 millones.³⁴ Las inversiones apuntaban a fortalecer la capacidad de los investigadores, los trabajadores de la salud, los dirigentes y los defensores de los sistemas para generar y usar la evidencia, y así apoyar sistemas más sólidos y mejorar la salud primaria. Quienes guiaron los esfuerzos principalmente fueron expertos de los PIMB, haciendo uso de sus conocimientos y experiencias dentro del contexto específico de la región.

Cuando el IDRC comenzó con el apoyo a las investigaciones en 2002, miró más allá de los ODM, y las enfermedades verticales o intervenciones específicas de los servicios. Entendió que la salud era tanto un asunto técnico como político.

Enfoque de programación de salud del IDRC: los tres principios eficaces

En un contexto de enfoques cada vez más simplistas hacia el desarrollo de ayudas que se enfoquen en resultados inmediatos, e informado gracias a evidencia fuerte basada en la investigación que examina la salud dentro de un marco socio político, el IDRC agudizó su enfoque y aplicó tres principios eficaces para encuadrar su apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud: la gobernanza, la igualdad y la integración de los sistemas. En el núcleo del enfoque hubo un reconocimiento de la necesidad de contar con sistemas sólidos, bien administrados y equitativos que sirvieran como base para el tratamiento y la prevención de enfermedades, para abordar las desigualdades en la salud y las injusticias sociales más amplias y como elemento importante para el desarrollo sostenible.

Gobernanza

La gobernanza hace referencia a las instituciones, los procedimientos y las tradiciones que determinan cómo es el ejercicio del poder, la toma de decisiones y la forma de expresión de los ciudadanos. Al establecer la forma en la que los sistemas son financiados, proyectados e implementados, los procedimientos de la gobernanza juegan un papel importante al determinar la calidad, la cantidad y la igualdad de los servicios sanitarios. Estos procedimientos incluyen todo: desde la inversión y la investigación que apoyan las estructuras globales hasta la forma en que las comunidades y familias administran sus recursos y prioridades.

Igualdad

La igualdad en materia de salud implica encontrar soluciones para las diferencias en el estado de salud que son innecesarias, evitables e injustas. Las iniciativas por una igualdad en salud buscan redistribuir los recursos para los más necesitados. Esto significa buscar los determinantes sociales para entender las causas de fondo de la desigualdad en la salud. Esto también incluye influir en la distribución de recursos sociales y económicos para garantizar que las intervenciones promuevan la igualdad.

continuación ...

Integración de los sistemas

Los sistemas de salud son las políticas, las actividades y las instituciones implementadas para mejorar la salud. Debido a que los sistemas de salud están arraigados en las personas, son fluidos y complejos. Al examinar las interacciones entre los usuarios de la atención sanitaria y los proveedores en la primera línea de los sistemas de salud, podemos entender mejor por qué los necesitados no se benefician del sistema de salud. Asumir un enfoque de análisis del sistema implica examinar las conexiones entre los distintos componentes de los sistemas de salud, desde la gobernanza y las finanzas hasta los recursos humanos y los sistemas informativos, para contemplarlos como un todo más que como partes aisladas.

Las personas (usuarios, proveedores, dirigentes) están en el centro de los tres principios transversales. Cada principio da forma y es formado por las partes interesadas en el sistema de la salud, quienes comparten responsabilidades para garantizar la provisión de servicios accesibles de calidad. La **gobernanza** les permite a los ciudadanos establecer prioridades y exige la rendición de cuentas de las instituciones y de los dirigentes por sus funciones y deberes. La **igualdad** revela quiénes son los vulnerables en una sociedad y resalta el papel que tienen los ciudadanos, las instituciones y los dirigentes en la labor por lograr una distribución justa de los recursos. Los **sistemas de salud** incluyen a los trabajadores y los dirigentes responsables de la prestación de servicios, así como a los usuarios y los defensores que exigen y utilizan estos servicios.



Figura 2. Enfoque de programación de salud del IDRC: los tres principios eficaces

Fuente: autor

Los principios eficaces están relacionados con el trabajo de Michael Quinn Patton sobre evaluación de desarrollo, el cual aborda entornos dinámicos complejos. Más que ser prescriptivos, los tres principios eficaces están diseñados para proporcionar una guía que debía interpretarse, aplicarse y adaptarse a diferentes contextos (Patton 2011: 167)

En la práctica, los proyectos de investigación respaldados por el IDRC abordaron la gobernanza al buscar desentrañar las dinámicas del poder y tratar los asuntos estructurales de la salud y del desarrollo. Los proyectos apoyaron la participación e interacción de los interesados en todo nivel, especialmente en las comunidades, en la toma de decisiones relacionadas con los sistemas de salud y en su propia salud. Se enfocaron en la igualdad al estudiar y hacer frente a los obstáculos que entorpecen el acceso a los servicios de salud y cómo afecta eso a los más necesitados; en particular, al examinar las consideraciones de género y los determinantes sociales de la salud,³⁵ los cuales traen marginalidad y exclusión. Por último, encararon la integración de los sistemas al examinar las interconexiones entre los usuarios, los proveedores y los dirigentes, así como entre varios otros componentes del sistema de salud.³⁵ Los proyectos asumieron un enfoque más holístico a la salud al mirar más allá de las intervenciones que perseguían como objetivo enfermedades, servicios o grupos específicos.

El IDRC tuvo una aproximación holística cuando aplicó los principios. Respaldo a los equipos y las instituciones de investigación de los PIMB para que desarrollen y usen metodologías de investigación relevantes para la generación de un cúmulo de conocimiento científicamente minucioso. También se invirtió en una variedad de estrategias para permitir que las partes interesadas usen la evidencia resultante para servir de guía e influenciar la formulación de políticas, prácticas, agendas y prioridades de financiación en pos de sistemas sanitarios más sólidos y equitativos, y de este modo, contribuir a la mejora de los resultados.

Desarrollo de métodos y capacidades que generen evidencia rigurosa

Como hizo saber la OMS (2013: xv), la base del conocimiento para apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud y el cambio de políticas es débil. El campo emergente de las políticas de la salud y los sistemas de investigación fueron criticados por su alcance poco claro, su falta de rigurosidad metodológica y las limitaciones de sacar conclusiones del contexto de un país y aplicarlas a los demás (Mills 2012).

Para hacer frente a estos problemas, el IDRC ha respaldado a los investigadores que trabajan en los sistemas de salud más innovadores para contribuir al desarrollo y a la aplicación de metodologías relevantes, como los ejemplos que se muestran a continuación.

Búsqueda de nuevos métodos de investigación

- En Níger, los investigadores junto con el *Laboratoire d'étude et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local* (LASDEL)³⁶ han integrado buenas metodologías colectivas de rápido asesoramiento a la comunidad a los sistemas de investigación de la salud. Esto es una contribución significativa para África Occidental de habla francesa, donde la investigación de la salud pública tiende a ser excesivamente cuantitativa.
- EQUINET, la *Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa*, ha intensificado las metodologías e IAP³⁷ como parte del sistema de investigación de la salud (Loewenson et al. 2014). La base ética sobre la cual se ha desarrollado la IAP reconoce explícitamente las dinámicas de poder entre los investigadores y las comunidades con quienes trabajan, que a menudo son marginadas.
- La *Global Network for Health Equity*³⁸ (GNHE) desarrolló metodologías integrales para el análisis y el avance de la CSU.

- CIET³⁹ ha empleado ensayos controlados aleatorizados para descubrir y hacer frente a las causas de fondo del VIH/SIDA.

Fortalecimiento de la capacidad de los investigadores individuales

El IDRC ha invertido en la formación de un grupo capacitado de investigadores para que lleven a cabo investigaciones eficaces sobre los sistemas de salud mediante la concesión de subvenciones y becas. Una multitud de organizaciones han brindado estas oportunidades, incluido el Institut Supérieur des Sciences de la Population,⁴⁰ el programa *African Doctoral Dissertation Research Fellowship* (ADDRF),⁴¹ la *Collaboration for Health Systems Analysis and Innovation* (CHESAI),⁴² la *Society for Community Health Awareness Research and Action* (SOCHARA)⁴³ y el *Consortium for Mothers, Children, Adolescents, and Health Policy and Systems Strengthening* (CoMCAHPSS).⁴⁴

Generación de nuevos conocimientos

La investigación respaldada generó un importante cuerpo de nuevos conocimientos sobre la igualdad, la gobernanza y la integración de sistemas. En la Parte 3 se exponen algunas de las evidencias más importantes, como las siguientes:

- causas de muerte materna en zonas rurales de India, donde los problemas de fondo a menudo se encubren en los informes forenses;
- nuevas estrategias esperanzadoras para la prevención del VIH/SIDA en el sur de África;
- enfoques que demuestran cómo las comunidades indígenas marginales en Guatemala pueden responsabilizar a las autoridades de sus sistemas de salud; y
- cuellos de botella en los sistemas y desafíos de implementación en África Occidental que dificultan las políticas de financiación destinadas a ampliar el acceso a los servicios de salud.

Fortalecimiento del uso de la evidencia para aumentar la responsabilidad

Incluso la evidencia más minuciosa no mejorará la vida de las personas a menos que se use para sustentar las acciones de aquellos que pueden solucionar los problemas inmediatos. La experiencia del IDRC mostró que seguir un camino convencional para influenciar las políticas (emprender investigaciones, elaborar documentos de políticas, dictar talleres y publicar los hallazgos en revistas científicas afines) es con demasiada frecuencia ineficaz en la contribución para un cambio. Los esfuerzos deben responder a los desafíos y a las oportunidades específicas de cada contexto (Carden 2009). En su lugar, el Centro respalda esfuerzos estratégicos y receptivos para influenciar la política y la práctica. Los esfuerzos pioneros se han arraigado: por ejemplo, la *University of Makerere College of Health Sciences*⁴⁵ ha desarrollado un servicio innovador de respuesta rápida para la provisión de evidencia necesaria por parte de los miembros del parlamento y dirigentes superiores de Uganda.

Traducir los nuevos conocimientos en recomendaciones concretas para las políticas y la práctica requiere capacidades sólidas tanto de parte de los productores como de los usuarios de la evidencia. Desarrollar esta capacidad a menudo implica establecer y cultivar plataformas para la traducción del conocimiento (TC) que faciliten el compromiso continuo de quienes investigan y quienes toman las decisiones. En África Subsahariana, para institucionalizar la asimilación de la evidencia investigada, el IDRC ayudó a establecer una red de plataformas de TC y trabajó para el fortalecimiento de equipos nacionales, incluidas sus estructuras organizativas, su capacidad humana y el uso de herramientas y plataformas de TC innovadoras. Estos equipos nacionales incluyen partes interesadas importantes, tales como representantes de los ministerios nacionales de salud, universidades y organizaciones civiles junto con otros líderes particulares.

Los investigadores entendieron también la necesidad de moverse más allá de la investigación para avanzar a la comunicación, la defensa y los procedimientos políticos, con el fin de motivar el cambio. John-Pierre Olivier de Sardan de LASDEL señaló:

Aquí es donde dejamos atrás nuestra búsqueda de neutralidad como investigadores y nos ponemos en el lugar de ciudadanos. En el curso de su implementación, nuestra investigación es lo más imparcial y "objetiva" posible. Sin embargo, seleccionamos temas que involucren problemas políticos y sociales reales en el principio con la esperanza de que nuestros hallazgos sean aprovechados por los reformistas en su latente, pero a veces abierta, guerra contra la fuerza conservadora. [...] Es difícil ver cómo se puede mejorar el sistema de salud y brindar servicios de mejor calidad sin partir de un diagnóstico minucioso de estas realidades que a menudo se ocultan. Este diagnóstico les da argumentos a los reformistas dentro del sistema de salud para que el cambio se produzca. (Olivier de Sardan 2015: 5)

Las organizaciones de investigación han encontrado maneras eficaces de comprometerse con los usuarios a nivel comunitario, con los dirigentes a nivel local y nacional, y con los actores que influyen a nivel global. Han integrado a este grupo de partes interesadas importantes en el diseño y la implementación de la investigación, han creado espacios para el diálogo y el debate y, lo más importante, han construido relaciones de confianza que posibilitaron el hecho de compartir evidencia sobre temas sensibles y colaborar para llegar a soluciones.

Esta estrategia ha dado como resultado medidas importantes para mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes vulnerables. Gracias a algunas de las investigaciones analizadas en la Parte 3, el gobierno de India presentó nuevas guías nacionales para la revisión de las causas de las muertes maternas.

El gobierno de Botsuana ha vuelto a orientar por completo su programa nacional de desarrollo para hacer frente a las causas de la epidemia de VIH/SIDA que afecta mayormente a niñas adolescentes y mujeres jóvenes. Los estados de Bauchi y Cross River en Nigeria trabajaron para institucionalizar los procedimientos basados en evidencia en virtud de su experiencia en relación con el uso de la información de calidad en torno a la salud materno-infantil. Varios gobiernos de África Oriental y Meridional han usado los análisis sobre la igualdad para hacer frente de mejor manera a las necesidades de los más vulnerables y comunican con regularidad su progreso al organismo regional de salud, la Comunidad de Salud de África Oriental, Central y Meridional.

Los sistemas de salud para una vida sana

Como se mencionó en la primera parte, se reconoce cada vez más a los sistemas de salud sólidos, responsables y equitativos como fundamento esencial para alcanzar resultados sanitarios positivos para las mujeres, los niños y los adolescentes, y para la comunidad en conjunto. El progreso en el cumplimiento de los objetivos mundiales relativos a la salud reproductiva, materna e infantil se ha visto socavado por los miles de problemas de larga data de los sistemas de salud de los países que enfrentan los mayores desafíos.

En la presente sección, examinamos los resultados del apoyo sostenible que brinda el IDRC a la investigación de los sistemas de salud en los PIMB. Abordamos la presentación de esos hallazgos en torno a tres áreas clave que son esenciales, según las investigaciones, para la capacidad que tienen los sistemas de salud de promover el cuidado equitativo y efectivo de poblaciones vulnerables, incluidos niños, adolescentes y mujeres. Esas áreas son las siguientes:

1. Datos y sistemas de información sanitaria, que desempeñan funciones esenciales para identificar a las poblaciones vulnerables, y diagnosticar y abordar las causas fundamentales de los resultados sanitarios precarios;

2. CSU que propicia una atención accesible de calidad y está respaldada por una financiación equitativa que garantiza la protección financiera de las poblaciones vulnerables;
3. rendición de cuentas, que permite a los dirigentes de comunidades, instituciones y sistemas de salud desempeñar un papel efectivo a la hora de garantizar la asignación justa y estratégica de recursos.

En esta sección se comparten los esfuerzos y la evidencia de las partes interesadas que trabajan en las esferas nacionales, regionales e internacionales para abordar esas cuestiones.

Fortalecimiento de los sistemas de información de salud y datos

Alcanzar y mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes más vulnerables implica contar con datos y sistemas de información sanitaria de calidad, a fin de que comprendamos quiénes se ven afectados, dónde están y cuáles son la carga de morbilidad y los riesgos más importantes para su salud. Implica abordar los determinantes subyacentes que alimentan la discriminación y la exclusión en forma sistemática.

En la India, los exámenes de mortalidad materna mejorados revelan el descuido sistemático de las necesidades sanitarias de la mujer durante el embarazo y el parto y la tendencia del personal de la salud de ocultar sus propias faltas; en Botsuana, la recopilación mejorada de datos ha permitido que el gobierno identifique a la juventud vulnerable con un riesgo mayor de contraer una infección por VIH y redirija los recursos a ese grupo; y en Nigeria, la recolección de datos sobre los hogares y el uso rutinario de pruebas en la toma de decisiones ha permitido que los gobiernos locales y estatales determinen y aborden las causas subyacentes de la salud precaria materna e infantil.

En la India: Identificación de las causas de mortalidad materna

En el estado de Karnataka, muchas niñas y mujeres enfrentan obstáculos a raíz de la discriminación de género, pobreza y casta. Habida cuenta de que una gran parte de las jóvenes sufren de malnutrición y tienen un peso inferior al normal para su edad, además de que se casan y quedan embarazadas durante la adolescencia, los embarazos de riesgo suelen ser la norma y no la excepción. El desafío ha sido desarrollar métodos de investigación que clarifiquen no solo las cuestiones médicas subyacentes que afectan a las jóvenes embarazadas, sino las intersecciones complejas de género, casta y clase económica que las hace vulnerables a tener una salud precaria y embarazos en la adolescencia. Desde 2003, el *Indian Institute of Management Bangalore* (IIMB),⁴⁶ con sede en el estado de Karnataka, ha liderado y aplicado métodos de investigación interseccional innovadores (Iyer et al. 2008; Sen et al. 2009; Sen e Iyer 2012; Sen e Iyer 2016), incluido un marco analítico de género, en la comunidad y en la investigación de los sistemas de salud en 67 aldeas del distrito de Koppal. Los resultados clarificaron tanto los determinantes médicos como los determinantes sociales de la mortalidad materna.

La investigación inicial reveló indicios graves de prejuicio y negligencia a la hora de diagnosticar y responder a las causas subyacentes de mortalidad materna. El equipo revisó el proceso del examen de la mortalidad materna (MDR), una herramienta importante que se utiliza dentro del sistema de salud. Los MDR pretenden controlar los motivos de la mortalidad de las madres y examinar el grado de eficacia o fracaso de las intervenciones de salud. Sin embargo, para que la información sea de utilidad, es necesario que sea precisa y exhaustiva. La cautela es de particular importancia cuando quienes conducen los exámenes son los mismos profesionales de la salud implicados en las causas inmediatas de la muerte.

El IIMB descubrió que, en el distrito de Koppal, las autopsias oficiales estaban con frecuencia a cargo de un único funcionario

médico involucrado en el tratamiento de la paciente. Los investigadores desarrollaron una metodología más sólida, en la que entrevistan a todos los testigos clave del embarazo y de la atención de urgencia de cada mujer. Ese enfoque más amplio permitió la triangulación de diferentes historias sobre la misma muerte, y por lo tanto, promovió mayor precisión a la hora de identificar las causas de la muerte (Iyer, Sen y Srivathsa 2013). El IIMB llevó a cabo autopsias verbales sobre 79 muertes maternas que ocurrieron en la zona del distrito del proyecto entre 2008 y 2014. Entonces, compararon los hallazgos con aquellos de 16 autopsias verbales oficiales completadas por el distrito luego de que las mujeres fallecieron durante el parto o poco después del parto (entre abril de 2008 y marzo de 2011).

El examen indicó que es posible que el prejuicio y la negligencia ocultaran con frecuencia las causas subyacentes de la muerte de las mujeres. De los 16 informes oficiales examinados, dos tercios tenían errores en la identificación de la causa médica de muerte. Por ejemplo, a pesar de que las mujeres de Karnataka tenían tasas altas de anemia nutricional, cuyo riesgo incrementa durante el embarazo, esas circunstancias subyacentes no habían sido registradas. Ninguno de los formularios oficiales registraba faltas de los profesionales de la salud, a pesar de que el examen indicó que eran responsables en forma completa o parcial por tres cuartos de las muertes. En cambio, las faltas de los profesionales de la salud, como la inhabilidad de reconocer una emergencia, la provisión de atención obstétrica inadecuada y el trato negligente o inhumano que causó la muerte de cinco mujeres, se atribuyeron a la familia de las mujeres (Iyer, Sen, Sreevathsa y Varadan 2012).

Las autopsias verbales del IIMB resaltaron la importancia de una respuesta y un seguimiento más oportunos y minuciosos ante las necesidades clínicas de mujeres embarazadas por parte del sistema de salud. Al parecer, las mujeres fallecieron por causas prevenibles, ya que, por ejemplo, no se les prestó atención a la anemia o a la hipertensión o no se las diagnosticó o trató a tiempo. En efecto,

esas causas subyacentes se “normalizaron” e invisibilizaron en el sistema. La investigación también detalló la calidad precaria de la atención durante el trabajo de parto y el parto, y el alcance del abuso y de la falta de respeto en las salas de parto. Esa cuestión se agravaba cuando las instalaciones estaban llenas de gente, cuando faltaba personal y la supervisión era inadecuada (Iyer, Sen, y Sreevasthsa 2013). Las prácticas precarias de la comunidad después del parto, como la restricción de la ingesta de líquidos o de la movilidad de la mujer, o la práctica de mantener a la madre y al recién nacido en una habitación cerrada y llena de humo, también agravaban el daño ocasionado por la negligencia del sistema de salud en cuanto a la atención posparto.

Se introdujeron nuevas directrices nacionales para los MDR en la India durante el año 2010 para promover una mayor participación por parte de la comunidad. Sin embargo, los hallazgos del IIMB indican que es posible que no sean suficientes para abordar los desequilibrios inherentes de poder que enfrenta la salud materna.

Todavía falta someter al médico a cargo a las entrevistas de los MDR, a fin de reconciliar las versiones opuestas sobre los acontecimientos en lugar de registrar versiones conflictivas. Sin la supervisión de terceros, el interés personal del médico investigador podría llevar a la supresión de información y a la tergiversación de los análisis de las causas médicas y sociales de la muerte.

El IIMB actuó ante los hallazgos de la investigación trabajando con partes interesadas para desarrollar herramientas pertinentes de diagnóstico para detectar anemia y otros riesgos sanitarios; elaborar material de capacitación y fortalecer la capacidad del personal de salud de primera línea en las comunidades piloto. Esos esfuerzos podrían respaldar al personal sanitario, cuya presión se ha incrementado considerablemente a partir del aumento de partos institucionales en consonancia con la Misión Nacional de Salud. Además, la evidencia se presentó en esas mismas comunidades mediante una serie de eventos creativos comunitarios de

concientización y de difusión que pusieron la responsabilidad compartida por la salud de las madres en el centro de la vida comunitaria. Los eventos celebraron la seguridad materna y ayudaron a las comunidades a aprender de la mortalidad materna. Incluyeron obras de teatro popular, procesiones de las aldeas y un grupo reducido de debates en los que participaron todas las partes que desempeñaban un papel en la defensa de la maternidad saludable. Se creó una obra de teatro para enmarcar las cuestiones del matrimonio infantil y del peligro de pasar por alto los riesgos comunes para las madres, como la anemia y la hipertensión gestacional.

El IIMB también creó grupos de apoyo dentro de las aldeas para acompañar a las mujeres durante el embarazo y el período posparto. Los miembros lideraron la organización de las donaciones de sangre, los campamentos de nutrición y los días especiales enfocados en la seguridad y la salud maternas. Además, desalentaron las prácticas tradicionales peligrosas, acompañaron a las mujeres embarazadas a los centros de salud y las ayudaron a negociar con el personal de salud. Algunos grupos enfrentaron situaciones particularmente difíciles en los casos en que la discriminación de género y la superstición eran aspectos dominantes, en los que cambiar las dinámicas de poder era un proceso lento y la pobreza contribuía al sentimiento de impotencia. La promoción del progreso se llevó a cabo en los casos en que los grupos buscaron a las mujeres que necesitaban ayuda y les hicieron un seguimiento.

En Botsuana: Fortalecimiento de la evidencia para abordar los determinantes del VIH/SIDA

Como se mencionó en la primera parte, existe un vínculo poderoso entre la infección por VIH y la salud materna. La salud reproductiva se encuentra en el centro de ese vínculo. A pesar de la enorme inversión en las estrategias principales de prevención del VIH que se centran en la abstinencia, la monogamia y el uso de preservativos, las tasas de nuevas infecciones y embarazos

permanecen altas, en particular en África Meridional, donde las mujeres y las adolescentes se encuentran en el centro de la epidemia. Las investigaciones indicaron que, en Botsuana, el 22,9 % de las mujeres jóvenes y el 8,3 % de los hombres jóvenes eran seropositivos, así como el 9,1 % de las mujeres y el 2,8 % de los hombres de Namibia, y el 26,1 % de las mujeres y el 9,3 % de los hombres de Suazilandia (Andersson y Cockcroft 2012).

Al llevar a cabo una investigación más profunda, la CIET,⁴⁷ una organización sureña de investigaciones, descubrió por qué algunas jóvenes son más vulnerables y por qué las estrategias de prevención del VIH no funcionan en su caso (IDRC 2014). Los investigadores determinaron quiénes estaban “privados de elección”⁴⁸: aquellas personas que tienen poco poder o control personal sobre el momento y las condiciones de contacto íntimo que podría exponerlas a un embarazo no deseado, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En efecto, las personas que están privadas de elección no tienen el poder de recurrir a las estrategias convencionales de salud reproductiva y de prevención.

En 2008, la CIET llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado en grupos de 7464 jóvenes de entre 15 y 29 años en Namibia, Botsuana y Suazilandia. En el estudio, se demostró que ciertas dinámicas de poder interpersonal estaban asociadas con una mayor incidencia del VIH, al igual que con la pobreza y los niveles bajos de educación: contar con menores ingresos y nivel educativo que la pareja, experimentar violencia sexual y violencia infligida por la pareja, y la disposición a tener relaciones sexuales sin preservativo a pesar de la posible exposición de la pareja al VIH/SIDA, y otros comportamientos peligrosos, como el uso inconsistente de preservativo y las parejas múltiples (Andersson y Cockcroft 2012).

Se debió entender que posiblemente la privación de la elección sea un factor impulsor significativo en la epidemia del SIDA, y que debían desarrollarse estrategias de prevención adaptadas a las necesidades de las personas que están privadas de elección. El resultado indicó que, en vez de enfocarse solamente en estrategias

de prevención del cambio conductual del individuo, podría ser importante respaldar las intervenciones estructurales dirigidas a influenciar y modificar el ambiente general en el que viven las personas privadas de elección.

La CIET examinó las intervenciones pertinentes en torno al fortalecimiento de un entorno comunitario de protección, brindando oportunidades de subsistencia económica y ofreciendo programas de prácticas específicas para la vida a las niñas y las jóvenes en Namibia, Botsuana y Suazilandia. Las intervenciones mostraron resultados prometedores en la reducción de nuevos casos de VIH entre mujeres jóvenes en la zona experimental en Botsuana. A partir de algunos de esos hallazgos, el Gobierno de Botsuana lanzó el *Inter-ministerial National Structural Intervention Trial* (INSTRUCT),⁴⁹ en asociación con la CIET, para modificar sus programas de desarrollo y responder a las necesidades de los grupos más vulnerables de jóvenes de entre 15 y 29 años. La CIET aplicó la innovadora metodología escalonada (*stepped-wedge*) para ensayos controlados aleatorizados,⁵⁰ además de llevar a cabo investigaciones complementarias sobre la implementación para examinar las estrategias e intervenciones en un distrito a fin de aprender de la experiencia antes de introducirla en otros distritos. El gobierno tiene el objetivo final de implementarla en todo el país.

El INSTRUCT ha impulsado medidas en diversos niveles y sectores gubernamentales para la reorientación de programas a fin de garantizar que sean efectivos y accesibles para ese grupo vulnerable. En el primer distrito en el que se introdujo el programa, el personal de los ministerios aprendió a comunicarse con los jóvenes, en particular con las mujeres. Las mujeres y hombres facilitadores de la comunidad, junto con maestros de todas las escuelas y auxiliares de educación sanitaria del Estado, implementaron la serie de audios *Más allá de las víctimas y los villanos* (*Beyond Victims and Villains*),⁵¹ con el objetivo de crear un entorno comunitario más enfocado en la habilitación y protección. Debido al alto interés de la comunidad, se espera la participación de muchos más hombres. Además, en todas las comunidades,

mujeres jóvenes participaron en talleres de prácticas para la vida para aumentar la autoestima y mejorar las técnicas de comunicación y para aprender cómo acceder a los programas del gobierno. Este fue uno de los primeros esfuerzos mundiales en los que el gobierno movilizó sus propios recursos multisectoriales para reorientar numerosos programas nacionales en forma coordinada, integrada y sostenible a fin de abordar los factores estructurales del VIH a gran escala. La base empírica resultante puede contribuir a otros esfuerzos para ampliar esa estrategia.

En Nigeria: Construcción de un sistema de salud con base empírica

Recopilar e integrar datos de calidad en sistemas funcionales de información sanitaria es esencial para desarrollar una base empírica que contribuya a diagnosticar problemas, orientar la formulación de políticas y programas adecuados y permitir que el personal encargado de tomar decisiones sanitarias pueda asignar recursos en forma efectiva. Sin embargo, hay dos factores comunes de desconexión relativos a los datos y a los sistemas de información:

1. Las brechas entre la información recolectada en la base y la información que llega hasta los dirigentes de mayor jerarquía, en especial aquellos que gestionan los sistemas de información sanitaria y los que están involucrados en la presupuestación y planificación sanitarias; y
2. las brechas en la manera en que la información procesada se comunica a la población en las comunidades afectadas a la hora de responder a sus necesidades.

Durante los ocho años comprendidos entre el 2006 y el 2014, la iniciativa NEHSI⁵² (*Nigeria Evidence-based Health System Initiative*) juntó evidencia y experiencia para llevar a cabo la transformación exhaustiva de la recopilación de datos y los sistemas de información sanitaria a gran escala a fin de lidiar con los resultados sanitarios precarios de madres y niños en forma más efectiva.

La NEHSI surgió a partir de una asociación entre el Gobierno de Nigeria, el IDRC y el Gobierno de Canadá, y la iniciativa se implementó como un esfuerzo conjunto con partes interesadas en los estados de Bauchi y de Cross River. La organización de investigaciones CIET⁵³ brindó asistencia técnica y se incorporó entre las autoridades sanitarias pertinentes para fortalecer estructuras y procesos.

La NEHSI utilizó información sanitaria como punto de entrada para explorar y abordar las causas fundamentales de la morbilidad y mortalidad maternas e infantiles. Recurrir a la información sanitaria fue clave para demostrar las desigualdades en el acceso a la atención médica y para movilizar a las partes interesadas a fin de abordar esas brechas. La NEHSI desarrolló e implementó un Sistema de planificación e información de múltiples partes interesadas⁵⁴ para respaldar la recopilación y el análisis efectivos de datos, además de garantizar que la evidencia sobre la cual actuar alcanzara a los dirigentes, las familias y sus comunidades.⁵⁵

Recopilación de datos

El primer paso era desarrollar una sinopsis de las cuestiones clave del Estado y de los gobiernos locales. Para lograrlo, la NEHSI implementó la metodología de auditoría social⁵⁶ (Ledogar y Andersson 2002; CIET Trust 2006; Andersson 2011a; Andersson 2011b).^{57,58} “La idea [detrás de la auditoría social] es producir evidencia contundente sobre qué es lo que funciona, quiénes están excluidos y qué solucionará la escasez”, comentó el Dr. Neil Andersson de CIET Trust (Andersson 2011a: 2).

Los datos provienen de una muestra aleatoria equilibrada en forma minuciosa de las zonas de empadronamiento censal. Se realizaron entrevistas en todos los hogares dentro de las zonas seleccionadas, más allá de que recurrieran a los servicios gubernamentales o no. La complementación de los datos a partir de las instalaciones con los datos a partir de las comunidades aclaró las circunstancias de parte de la población, entre los que se

encuentran los más vulnerables de cada estado, que no tenía acceso a centros de salud por diversos motivos. Los motivos incluían la distancia de viaje, el tiempo de espera, los recursos involucrados y la calidad del tratamiento recibido, ya fuera médico o no. Los equipos de investigación debatieron los hallazgos con grupos focales en las comunidades seleccionadas y documentaron su opinión sobre las posibles soluciones. Por consiguiente, se recopiló evidencia sobre la opinión de las comunidades con respecto a lo que se debía hacer para mejorar los resultados sanitarios y cómo hacerlo.

Los resultados brindaron introspección acerca de algunas de las causas menos reconocidas de muerte y de enfermedad, con particular énfasis en el impacto de las relaciones de género. Por ejemplo, las encuestas revelaron que, dentro de los hogares, las mujeres embarazadas sufrían de violencia doméstica y soportaban una carga pesada de trabajo (Andersson et al. 2011b). Las encuestas también mostraron que la salud de bebés y niños se veía amenazada por variadas condiciones prevenibles que podrían solucionarse mediante la mejora del saneamiento, control de la diarrea y uso de camas con mosquiteros (Odu et al. 2015). Determinantes como el nivel educativo de las mujeres, tanto de zonas urbanas como rurales, la información que recibían del personal de la salud, el nivel de ayuda de familiares y la existencia de transporte motorizado en el hogar, parecían determinar por qué algunas mujeres buscaban atención médica y otras no (Omer et al. 2014). Los hallazgos indicaron que existían desigualdades en el acceso al tratamiento de la fiebre palúdica infantil, incluso en las zonas con instalaciones comunitarias, y mostraron que era más probable que las madres con mayor educación y que las familias con mayores ingresos buscaran tratamiento para los niños con fiebre (Odu et al. 2015). Los resultados finales de la auditoría social contribuyeron a que los planificadores de Bauchi reconocieran que, mientras que la tasa de cobertura de la vacunación contra la poliomielitis era efectiva, solo funcionaba en detrimento de la vacunación sistemática (Cockroft et al. 2014).

Además, los métodos de investigaciones sobre la implementación se orientaron a recopilar información adicional que proviniera directamente de los hogares. Los agentes de exención, por lo general trabajadores sanitarios de la comunidad, visitaron todos los hogares en la zona local del gobierno y los registraron en forma oficial, junto a todas las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años). Se realizó el seguimiento de los hogares, los embarazos y los recién nacidos. Se utilizaron herramientas estructuradas en las encuestas para iniciar debates con las mujeres embarazadas sobre los riesgos identificados en la auditoría social estatal: violencia doméstica, trabajo arduo durante el embarazo, conocimientos sobre indicios de peligro. Mientras que las trabajadoras sobre el terreno buscaban la participación de miembros de la familia en los debates centrados en el cuidado de la mujer embarazada, los trabajadores hombres llevaban a cabo debates similares con los maridos. Por medio del uso de tabletas de pantalla táctil con red de telefonía móvil, los trabajadores sobre el terreno recopilaron y retransmitieron los datos geoindexados a un servidor de la sede del Ministerio de Salud Estatal. Así, crearon un sistema de información en vivo y en tiempo real.

Uso de los datos

Una vez recopilados, los datos debían transmitirse a los responsables de buscar soluciones a los problemas planteados. Se utilizó una tercera metodología, la Socialización de la Evidencia para la Acción Participativa⁵⁹ para transmitir la evidencia a las estructuras gubernamentales estatales y de la comunidad.

La información se devolvió a las comunidades de diferentes maneras. Las familias con mujeres embarazadas y recién nacidos recibieron la información en forma directa, y debatieron medidas para reducir riesgos durante visitas de seguimiento a domicilio por parte de trabajadores sanitarios de la comunidad, quienes actualizaban el sistema de vigilancia comunitaria en forma continua. Los docudramas,⁶⁰ una serie de videos cortos dramatizados, sirvieron para crear conciencia sobre las cuestiones sanitarias y

orientar la planificación de la acción comunitaria. Los videos se utilizaron como fundamento de un debate sobre las medidas que podrían tomarse para combatir la violencia doméstica y las cargas de trabajo excesivas que experimentaban muchas mujeres embarazadas.

Como resultado de esas intervenciones, los miembros de la comunidad se involucraron más en la planificación y los servicios sanitarios. Los grupos de acción comunitaria, creados en cada comunidad focal, realizaron actividades adecuadas de respuesta y de concientización. Algunos grupos, por ejemplo, se movilizaron y compraron molinillos para reducir la carga de trabajo de las mujeres embarazadas. Otros organizaron medios de transporte hacia hospitales y clínicas, e incluso consiguieron respaldo para construir un camino y así reducir el tiempo de recorrido hacia la clínica. De esa manera, como ocurrió en Koppal, India, los grupos de acción comunitaria contribuyeron a originar cambios culturales en la actitud hacia las mujeres embarazadas y el uso del sistema de salud, y promovieron la gestión adecuada de las enfermedades de la infancia.

Una historia de cambio en el estado de Bauchi

Se capturó el impacto comunitario de la NEHSI en una serie de *Historias de cambio significativas*.⁶¹ A continuación, un marido de Bauchi cuenta cómo solía tratar a su esposa y lo que aprendió a partir de la evidencia que se presentó a su comunidad mediante los docudramas de la NEHSI:

“He vivido en esta comunidad durante 50 años. Soy el *santali* de Sarki (ganadero) y también soy sastre. Tengo dos esposas y once hijos. Y soy miembro del grupo de la comunidad para el desarrollo. Un año antes de que su gente llegara aquí, yo criticaba, gritaba y me quejaba sin motivo con mi esposa más antigua. En ese momento, ella estaba embarazada. Yo seguía quejándome incluso sobre cosas que no eran importantes. Por ejemplo, le preguntaba por qué hacía ciertas cosas y no otras. Más que nada, ella se quedaba callada. A veces, me explicaba que se sentía débil. Con el tiempo, comenzó a sentirse deprimida. Sin embargo, yo no la miraba y no le daba demasiada importancia.

continuación ...

Una historia de cambio en el estado de Bauchi *continuado de p. 43*

Después de nueve meses de embarazo, estaba lista para dar a luz. Cuando llegó la hora, tuvo que soportar un trabajo de parto largo. Tuvo que ir al hospital con prisa, donde comenzó a sangrar mucho. Finalmente, dio a luz a un niño, pero el niño estaba muerto. Los profesionales de la salud le pusieron sueros y ella estuvo en el hospital por dos días. Yo recibí sus facturas médicas. En ese entonces, no paraba de plantearme preguntas y preocuparme acerca del motivo. ¿Por qué tenía ella que sufrir así? Por fin, le recé a Allah para que interviniera.

Un domingo por la mañana, miré el documental en el palacio de sarki. En el documental, vi al marido de Fátima y la manera en la que se comportaba con su esposa. Luego de la proyección, me dije a mí mismo 'así actuaba yo con mi esposa. Mi comportamiento es la razón por la cual perdió a su hijo'. Llegué a casa tarde ese día. Mis esposas también habían mirado el documental. Lo conversé con ellas. Y luego le dije a mi esposa más antigua: 'por favor, perdóname por lo que te ha ocurrido'. Ella aceptó mis disculpas enseguida. A partir de ese momento, mi vida cambió y comencé a evaluar mi actitud hacia ella. Ahora le doy amor y cariño. Unos meses más tarde, volvió a quedar embarazada y esa vez tuvo un parto sin riesgos".

Individuo 1 de Bauchi, enero 2013

Las auditorías sociales brindaron datos actualizados y detallados sobre la situación de cada zona de gobierno local (LGA). Se analizaron los datos por turnos y se presentaron a los planificadores en varios formatos, incluidos cuadros y folletos informativos específicos de cada cuestión con mapas obtenidos mediante el uso de datos GPS. Los cuadros⁶² resumían indicadores comunitarios de salud, como el porcentaje de mujeres embarazadas que visitaban establecimientos sanitarios públicos, o que tenían complicaciones. Esa herramienta le permitió a los planificadores comparar indicadores de salud entre las LGA e identificar los aspectos que podían mejorarse. Se analizaron los debates sobre los resultados de los cuadros para incorporarlos en los ciclos de planificación y presupuestación y así poder considerar las prioridades sanitarias emergentes.

La iniciativa colaboró en forma estrecha con dirigentes de diversas instituciones de salud a nivel local, distrital, estatal y gubernamental. La estrategia fue un elemento integral para la institucionalización de la planificación y toma de decisiones con base empírica, y se mencionó a la NEHSI en el *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013* de Nigeria (Gobierno de Nigeria 2013: 40). De hecho, el Profesor C.O. Chukwu, honorable ex Ministro de Salud de Nigeria señaló: “La NEHSI representa un cambio de paradigma en dos niveles: 1. se centra en la planificación con base empírica, y 2. obtiene resultados provenientes de las comunidades y del trabajo con las comunidades. No busca obtener datos para su propio beneficio, sino datos que nos sirvan de guía” (Gobierno de Nigeria 2014: 28).

Los dirigentes estaban tan convencidos del valor de la NEHSI que desarrollaron un documento sobre el proceso⁶³ a partir de la sugerencia del Gobierno de Nigeria para contribuir a ampliar la iniciativa a otros estados (Gobierno de Nigeria 2014). En ese documento se presentaban los fundamentos del enfoque de la NEHSI, pero, en vez de establecer instrucciones paso a paso para reproducir la iniciativa, compartía los principios que podían implementarse en diferentes contextos.

Generación del impulso para implementar la cobertura sanitaria universal asequible

La financiación es el determinante más crítico dentro del sistema de salud. La naturaleza de la financiación define la estructura, el comportamiento de las diferentes partes interesadas y la calidad de los resultados. (Gobierno de la India 2005a: 68)

A pesar de que los sistemas de información sanitaria y el uso de datos son fundamentales para mejorar la salud materna, hay otros obstáculos significativos que superar.

La decisión de las familias a la hora de recurrir a la atención médica y la capacidad de los estados de brindar servicios de salud adecuados se ven influenciadas por diversos factores, pero quizás ninguno se ha debatido o estudiado tanto como el costo. Para millones de personas en todo el mundo, la atención médica asequible sigue siendo un sueño.

Con los años, los gobiernos de los PIMB han adoptado varios métodos para recaudar fondos dirigidos a la atención médica, a menudo bajo la presión de prestamistas y donantes. La práctica de imponer tarifas a los usuarios y de insistir en un pago directo en el momento en que se accede a los servicios se propagó con rapidez en la década de 1980, en respuesta a las condiciones de financiación externas vinculadas con las políticas de ajuste estructural impuestas por las instituciones internacionales (UNICEF, 1987). Por ejemplo, en 1987, los países africanos firmaron la Iniciativa de Bamako⁶⁴ (patrocinada por la UNICEF y la OMS), y adoptaron el pago directo por servicios sanitarios como el medio principal para financiar sus sistemas de salud.

Las investigaciones demostraban cada vez más los efectos negativos de las tarifas por el uso de los servicios sanitarios, en especial para los grupos desfavorecidos. Los PIMB también reconocieron las adversidades que implicaban esas tarifas para las poblaciones vulnerables. Ante la presión creciente de alcanzar los ODM, y en respuesta a nuevas prioridades mundiales de financiación, algunos países subsidiaron o abolieron el pago directo en el caso de servicios sanitarios determinados (como el tratamiento del VIH) y para grupos específicos (como mujeres embarazadas y niños menores de cinco años).

Como se describe a continuación, los investigadores están documentando intentos para lograr la reforma de las tarifas de servicios de salud. En África Occidental, determinados subsidios sobre la salud materna e infantil han tenido consecuencias imprevistas en la reducción de la calidad de la atención médica. El sistema innovador de seguros del estado de Andhra Pradesh de

la India para aumentar el acceso de la comunidad a los servicios médicos especializados enfatizó la necesidad de una cobertura más amplia de la atención primaria de la salud con consideración del contexto de las familias vulnerables. Redes de expertos en financiación de la salud que trabajan en Asia, África y América Latina, y en forma conjunta a nivel mundial, han demostrado que existe la necesidad de herramientas analíticas de financiación de la salud más pertinentes. Su evidencia demostró el impacto empobrecedor a largo plazo para las familias con gastos sanitarios por cuenta propia, y validó la necesidad crítica de mecanismos exhaustivos e integrados de CSU que brinden acceso equitativo a los servicios necesarios de calidad, además de protección contra riesgos financieros.

En África Occidental: Exposición de las consecuencias imprevistas de la abolición de tarifas para el usuario

Del año 2009 al 2012, investigadores liderados por el LASDEL⁶⁵ de Níger analizaron los intentos del gobierno en Burkina Faso, Malí y Níger de aumentar el acceso a la atención médica infantil y materna mediante la eliminación de las tarifas para el usuario.⁶⁶ Los datos que aparecen a continuación muestran que, a pesar de la reducción significativa de mortalidad materna, no se logró el progreso necesario para alcanzar el ODM sobre la mortalidad materna.

Para abordar las prioridades maternas e infantiles, se eliminaron o redujeron las tarifas para el tratamiento y la prevención del VIH y del paludismo, las cesáreas y otros tipos de partos, y la atención médica para mujeres embarazadas y niños menores a cinco años. En Níger, también se cubrieron los métodos anticonceptivos y el tratamiento para el cáncer en mujeres.

A pesar de que las investigaciones confirmaron que la eliminación de los obstáculos financieros aumentaba el uso de servicios de salud entre las mujeres más pobres, la planificación e implementación precarias amenazaban la calidad de los servicios ofrecidos.

Tabla 3. Tendencias de los cálculos de tasa de mortalidad materna (TMM) en Burkina Faso, Malí y Níger, 1990–2015

País	1990 TMM	1990 TMM	2015 TMM	% de cambio en la TMM entre 1990 y 2015 ⁶⁷	Progreso hacia los ODM 5A ⁶⁸
Burkina Faso	727	547	371	49 %	Progreso insuficiente
Malí	1010	834	587	41,9 %	Progreso insuficiente
Níger	873	794	553	36,7 %	Progreso insuficiente

Fuente: OMS et al. 2015. *Tendencias en la mortalidad materna: 1990 de 2015*. Cálculos por parte de la OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, Anexo 19, p. 70.

Las maneras en las que se introdujo la exención de las tarifas crearon una nueva demanda en sistemas de salud ya debilitados.

Los investigadores identificaron diversos “efectos inesperados” que surgieron a partir de la implementación deficiente de las políticas. Las tarifas para usuarios persistieron en el caso de los costos no cubiertos por los servicios de salud “gratuitos”, además de los costos indirectos por el transporte y el alimento, y los pagos “no declarados” al personal sanitario. Por lo general, los establecimientos primero tenían que prestar servicios y luego solicitar el reembolso por parte de los Ministerios de Salud centrales. Los retrasos en los reembolsos tuvieron como consecuencia la falta de fondos para comprar suministros médicos y medicamentos, lo que por su parte forzó a los pacientes a comprar esos por su cuenta. En particular, los jarabes para niños desaparecieron porque eran demasiado costosos. Eso dificultó a las madres la administración correcta de medicamentos para sus hijos (Diarra y Ousseini 2015: 6).

Los países que trataban de implementar esos subsidios se encontraron con desafíos públicos determinados de la función normativa. Con frecuencia, las decisiones políticas se anunciaban repentinamente, lo que reflejaba tanto la presión internacional como las inquietudes políticas internas. Había una falta de coordinación entre socios técnicos y financieros, quienes con frecuencia no conocían las circunstancias locales y seguían sin responsabilizarse por las consecuencias de sus intervenciones. La falta de planificación y preparación de sistemas necesarios (p. ej., mecanismos de reembolso para los servicios de establecimientos sanitarios) condujo a numerosos cuellos de botella, como se documentó vívidamente en una película⁶⁹ sobre la experiencia en Níger. No contar con la supervisión, evaluación y consideración de los datos de investigación dificultó la anticipación y la resolución de los problemas operativos. La falta de preparación y comunicación efectiva con los actores clave—incluidos el personal de la salud, los comités de salud, las autoridades locales y los usuarios—condujeron a la desmotivación y resistencia en la implementación de políticas. Los usuarios, mientras tanto, no podían demandar servicios de calidad. Más que nada, existía una tendencia a recentralizar las decisiones y la financiación en lugares en los que el proceso de descentralización había recién comenzado (Olivier de Sardan y Ridde 2015: 4). Esas reflexiones sirvieron para resaltar la complejidad involucrada en el impulso del cambio sostenible en torno a políticas bienintencionadas. La evidencia también apuntó a la necesidad de contar con enfoques más completos en lugar de fragmentados a la hora de mejorar el acceso a servicios de salud materna de calidad.

En la India: Promoción de la cobertura sanitaria universal

Como se mencionó en la primera parte, el consenso mundial originó un impulso hacia la CSU, como un medio esencial para superar los resultados precarios de salud relacionados con servicios fragmentados, brechas en el seguro, gastos por cuenta de los pacientes y tarifas para el usuario por los servicios. A pesar

Tabla 4. Gastos sanitarios por cuenta del paciente en la India

Indicador	1995	2014
Gastos sanitarios por cuenta del paciente (% del gasto sanitario total)	67	62
Gastos sanitarios por cuenta del paciente (% del gasto sanitario privado)	91	89

Fuente: base de datos de los gastos sanitarios mundiales de la OMS – India
<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>

de su tamaño y complejidad, la India está demostrando que sí es posible alcanzar el progreso hacia la CSU. Esos esfuerzos exhaustivos deberán mejorar los resultados de salud para los grupos vulnerables y brindar servicios necesarios, en especial con respecto a la salud reproductiva, materna e infantil.

La India es el segundo país más poblado del mundo y, actualmente, sus 1300 millones de habitantes pagan por muchas de sus necesidades médicas directamente de sus bolsillos.

Los problemas enfrentados en la reforma del sistema son abrumadores, y en 2005 la Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud declaró que

el desafío principal para la India es la construcción de un sistema de salud sostenible. Las estrategias selectivas y fragmentadas y la falta de recursos han hecho que el sistema de salud sea irresponsable, esté desconectado de los objetivos de salud pública, no cuente con lo necesario para cumplir con las expectativas crecientes de la población y sea incapaz de brindar protección contra riesgos financieros a los pobres. (Gobierno de la India 2005: 4)

A pesar de los desafíos, se hicieron esfuerzos considerables para satisfacer las necesidades sanitarias de los más pobres de la forma más efectiva posible. Las investigaciones han contribuido a la creación de bases de conocimiento importantes, y en 2011, un Grupo de Alto Nivel sobre CSU analizó experiencias nacionales y

realizó recomendaciones para la implementación progresiva de CSU⁷⁰ en todo el país (Comisión de Planificación de India 2011). Los siguientes ejemplos comparten las experiencias y percepciones que se obtuvieron a partir de las lecciones y la implementación metódicas de los esfuerzos para superar la difícil tarea de financiar los servicios de salud.

Lecciones de Andhra Pradesh

En la India, el estado tuvo que llevar a cabo un trabajo sustancial sobre los sistemas de salud, debido a que tiene la responsabilidad de brindar atención médica. Mucho de este trabajo constituye probar soluciones innovadoras de financiación de salud para mejorar el acceso a la atención médica. En 2007, el estado de Andhra Pradesh introdujo el Plan de Seguro Médico Comunitario de Rajiv Aarogyasri (Aarogyasri) para brindar cobertura universal mediante la mejora del acceso a la atención médica especializada de calidad por parte de comunidades pobres urbanas y rurales del estado (Rao et al. 2014).

Aarogyasri fue uno de los planes de seguro médico más completos de la India. Era un plan de seguro de salud a nivel estatal que estaba totalmente financiado por el estado y que inscribía en forma automática a todas las familias que se encontraban por debajo de un umbral de pobreza determinado. Como consistía en una asociación entre el sector público y privado, 342 hospitales de ambos sectores se registraron en forma oficial para brindar servicios a los beneficiarios de Aarogyasri (Fan, Karan y Mahal 2012).

Sin embargo, un análisis rápido encontró brechas en 2008, y funcionarios estatales encargaron una evaluación para determinar lecciones a partir del fortalecimiento de la implementación y su impacto. La evaluación implementada por la Escuela de Personal Administrativo de la India, a partir de 2011, confirmó muchas de las ventajas del plan: el 80 % de la población del estado estaba cubierta y el 85 % de las familias sabía que estaban cubiertas (Bergkvist et al. 2014). Una comparación ajustada con el estado

vecino de Maharashtra indicó que el plan aumentaba el acceso en Andhra Pradesh, en particular en el caso de hospitalizaciones y admisiones quirúrgicas *per cápita*, y que reducía los gastos por cuenta del paciente por admisión, a pesar de que ese aumento reducido era claro solo entre los más ricos (Bergkvist et al. 2014: 41-42).

A la vez, solo el 25 % de los entrevistados sabían que el paquete de beneficios cubría una lista determinada de procedimientos de alto costo y hasta el 60 % pensaba que todos los problemas de salud estaban cubiertos. Muchos no sabían sobre las prestaciones disponibles, como el subsidio por transporte o la consulta de seguimiento después del alta, o no las reclamaban. A cerca del 14 % de los entrevistados se les había negado apoyo financiero por parte de Aarogyasri, más que nada porque el plan no cubría su afección (Bergkvist et al. 2014: 42).

Esas cuestiones tenían consecuencias graves para los más pobres. Estudios de caso detallados registraron cómo algunos pacientes continuaban incurriendo en gastos de bolsillo y endeudándose por intervenciones que creían que estaban cubiertas por el programa de seguros Aarogyasri. Los estudios de caso indicaron una falta generalizada de confianza entre las poblaciones vulnerables a la hora de buscar información sobre cómo utilizar el sistema, y también “desconfianza y miedo ante los planes y establecimientos de salud del estado” en general (Narasimhan 2014: 94). Una reflexión importante fue que el plan se centraba solo en la atención médica especializada y descartaba la prevención primaria. Además, la hospitalización del paciente era un requisito para que se cubriera el costo de los medicamentos. Para los más pobres, todas las necesidades sanitarias podían llevar a la ruina financiera y social, en especial en los hogares más vulnerables. Los autores concluyeron que “para que un plan de financiación médica funcione en un país como la India, tiene que ampliar su definición” a fin de incluir servicios como servicios de salud materna e infantil” (Narasimhan 2014: 95). Instaron a los

líderes a examinar los obstáculos constantes financieros y no financieros y a utilizar las pruebas para diseñar una estrategia de CSU que fuera accesible para todos (Narasimhan 2014: 96). También reflexionaron sobre la necesidad de contar con atención primaria de salud de calidad (Narasimhan 2014: 94). Esa experiencia muestra cómo pueden “olvidarse” las necesidades sanitarias específicas de los grupos desfavorecidos y por qué las cuestiones de salud reproductiva, materna e infantil deben incorporarse en el centro de los procesos de planificación.

Fortalecimiento de la capacidad estatal para implementar la cobertura sanitaria universal

Sobre esa base empírica, la *Public Health Foundation of India* ha contribuido con numerosos dirigentes e instituciones estatales desde 2013 para preparar la introducción en etapas de la CSU mediante la definición y proyección de costos para un Paquete Esencial de Salud⁷¹ mucho más amplio y flexible. El proyecto del marco resultante⁷² incluye 492 servicios de salud —desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos— dentro de cuatro categorías extensas, incluida la salud de las mujeres y los niños; las enfermedades transmisibles y no transmisibles; y los determinantes selectos más amplios de la salud (Bhatt et al. s.f.). La PHFI también ha apoyado a los estados en los cálculos de los costos de tratamiento y en la definición de caminos de atención integral en salud para la gestión de las enfermedades que representen los mayores costos y carga de morbilidad. La guía práctica con base empírica desarrollada por la PHFI tiene el objetivo de ayudar a los estados indios a expandir la CSU de una manera sostenible que pueda servir como modelo para otros PIMB.

A nivel mundial: Redes regionales promueven la cobertura sanitaria universal

Como lo declaró la OMS en 2013, la generación de investigaciones y pruebas pertinentes es uno de los requisitos más importantes para promover la CSU. La identificación de metodologías para analizar mecanismos financieros y financiar la CSU sigue siendo

un desafío particular. La CSU pone a las poblaciones vulnerables en el centro de la ecuación, pero la mayor parte de las metodologías no son sensibles a grupos determinados, como aquellos que requieren servicios de salud reproductiva, materna e infantil. Entre 2006 y 2011, tres redes de financiación de la salud en América Latina, Asia y África se enfocaron en desarrollar metodologías para fortalecer la equidad y crear el margen fiscal necesario para cubrir los costos de paquetes pertinentes de servicios de salud. Las redes construyeron una base empírica sustancial en forma individual y conjunta para informar a los países, y contribuyeron de manera significativa al diálogo mundial sobre la promoción de la CSU.

Entre 2008 y 2011, la *Equity in Asia-Pacific Health Systems* (EQUITAP)⁷³ consolidó los conocimientos en 20 países sobre la magnitud y el impacto de los gastos por cuenta del paciente en las familias. Por medio de estudios, la EQUITAP evaluó los datos generados mediante herramientas existentes, como encuestas nacionales sobre los gastos de los hogares, e identificó numerosos desafíos metodológicos y conceptuales. Esa fue una contribución importante para el diálogo sobre metodologías y el respaldo necesario por parte de gobiernos nacionales para implementar la cobertura universal en forma eficiente.

El estudio (Rannan-Eliya et al. 2012) demostró que las encuestas nacionales sobre los gastos de los hogares eran una fuente significativa de pruebas y datos sobre los obstáculos enfrentados por los hogares en cuanto al acceso de atención médica y sobre el impacto financiero de los gastos por cuenta del paciente. Por lo tanto, los datos se podían utilizar para analizar esos problemas sin tener que encargar nuevas encuestas costosas. Sin embargo, existían límites importantes que limitaban la evidencia generada mediante esas encuestas. En particular, las inconsistencias metodológicas dificultaban la realización de estudios comparativos con el tiempo y entre diversos países. Los costos se debían definir con claridad y coordinación, y debían medirse en forma

sistemática. Había probabilidades de progreso en ese área debido a que más PIMB estaban recopilando medidas internacionales de comparación sobre la salud mediante el uso del marco de las cuentas de salud nacionales (Rannan-Eliya et al. 2012: 25).

Es más, se reconocía que la mayor parte de las encuestas no generarían un muestreo del tamaño necesario para analizar los costos maternos de bolsillo por separado, ya que las mujeres no recurrirán a la atención médica materna con frecuencia durante toda su vida. Sería necesario contar con muestreos más extensos o encuestas especializadas separadas. Además, como es el caso de otros ejemplos, los datos existentes excluían muchos de los nacimientos que no se contaban debido a que las madres daban a luz en el hogar (Rannan-Eliya et al. 2012: 25).

Uno de los grandes límites era que las investigaciones existentes se centraban en gran parte en los costos de la atención médica prenatal y durante el embarazo sin tener en consideración los costos indirectos del acceso al tratamiento (Brearley et al. 2012). Por ejemplo, las familias incurrían en costos de oportunidad significativos para obtener la atención médica necesaria, al igual que sobrellevaban interrupciones en la generación de ingresos para cuidar a familiares enfermos. Las investigaciones confirmaron que, en la mayor parte de los países, esos costos financieros y recurrentes para acceder a la atención médica materna e infantil con frecuencia contribuían al empobrecimiento de los hogares. Se utilizaron estrategias de respuesta universales, como préstamos de dinero y la reducción del consumo de alimento o educación, lo que llevó a un impacto negativo duradero con un alcance que superaba el de los costos directos iniciales. Debido a que el plazo de tiempo utilizado en la mayor parte de las encuestas de costos de salud de la madre, del recién nacido y del niño (MNCH) era demasiado corto, las inversiones en encuestas longitudinales de los hogares era esencial para examinar los efectos a largo plazo de los pagos catastróficos para la atención médica MNCH (Brearley et al. 2012: 32).

La EQUITAP descubrió que solo algunas de las encuestas incorporaban módulos sanitarios detallados sobre las enfermedades, los motivos por los que no se buscó atención médica, y los tipos y costos de servicios de salud utilizados. Concluyó que, incluso si se mejoraban los módulos sanitarios existentes, no serían capaces de brindar datos completos sobre todos los obstáculos a la atención médica. Por lo tanto, la recomendación final fue que el trabajo sobre los costos de atención médica MNCH debería fundamentarse en la bibliografía sobre la pobreza y las medidas multidimensionales del bienestar del hogar. La combinación de encuestas más sistemáticas sobre gastos sanitarios con encuestas nacionales de consumo mejor diseñadas podría contribuir a alcanzar una definición más realista del nivel de costos de MNCH y del impacto financiero (Brearley et al. 2012: 32).

Se realizaron investigaciones similares en América Latina, donde hace mucho que se ha estado lidiando con las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y con la protección financiera limitada para los pobres. En 2012, la Red Latinoamericana de Investigaciones en Equidad y Sistemas de Salud (LAred-ESS) publicó *Financing Health in Latin America (La financiación de la salud en América Latina)*⁷⁴ (Knaul et al. 2012) para compartir hallazgos importantes con respecto a los niveles y determinantes de los gastos sanitarios catastróficos en toda la región. El interrogante clave de la investigación era si las reformas apoyadas y los mecanismos desarrollados habían brindado con eficiencia protección financiera contra riesgos financieros y sanitarios.

Las investigaciones fortalecieron la base empírica sobre los gastos sanitarios y el empobrecimiento en la región en forma significativa. Por primera vez, consolidaron datos para nueve países y llevaron a cabo un estudio comparativo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, México y Perú; países que, en conjunto, conforman el 85 % de la población de América Latina. Los hallazgos confirmaron que, debido a los altos niveles de gastos sanitarios, se ha empujado a

la pobreza a gran parte de la población, en particular a los más vulnerables, por lo que tuvieron que hacer frente a enfermedades, la ruina económica y el empobrecimiento. Lo que es más importante, la investigación identificó a los grupos determinados más vulnerables a los gastos sanitarios catastróficos y empobrecedores de cada país. En general, los más vulnerables eran los hogares rurales pobres con hijos o familiares de edad avanzada (Knaul et al. 2012: 67).

La LAred-ESS realizó una contribución importante a la innovación metodológica para la región al sentar las bases para las comparaciones sistemáticas entre los países. Los investigadores analizaron las limitaciones de las metodologías existentes y desarrollaron definiciones comunes de variables para unidades de análisis, sistemas y estrategias de medición. La investigación también desarrolló una metodología comparativa. Como en el caso de la EQUITAP, dónde los investigadores resaltaron la necesidad crítica de obtener datos de calidad para respaldar los análisis longitudinales de los gastos sanitarios de los hogares:

*[...] además de saber si existen hogares que tengan gastos de salud catastróficos o empobrecedores, **cuántos hogares los tienen y cuáles**, es esencial conocer **por cuánto tiempo han estado en una situación de vulnerabilidad financiera luego de que ocurrieran las crisis de salud, qué tanto se han recuperado de esas crisis, y si con el tiempo sacrificarán su salud para no realizar gastos.** (Knaul et al. 2012: 13)*

Las red SHIELD (*Strategies for Health Insurance for Equity in Less Developed Countries*), activa en África Subsahariana, fortaleció las metodologías existentes para asesorar a gobiernos sobre el acceso a estrategias de financiación determinadas. La mayor parte de los países de la región han recurrido a alguna forma de seguro de salud para financiar los servicios sanitarios. El interrogante ha sido cómo incluir aquellos países en el sector informal y a los más pobres que no pueden pagar primas.

SHIELD adoptó un enfoque centrado en la equidad para explorar si era más equitativo y eficiente cubrir primas “mediante planes de seguro médico de régimen contributivo (con subsidios para los más pobres) o mediante la financiación por impuestos” (McIntyre y Mills 2012: i1).

Los investigadores evaluaron los sistemas de salud en Ghana, Tanzania y Sudáfrica mediante la examinación de varios mecanismos de financiación, incluido

un impuesto sanitario dedicado en Ghana (el impuesto del plan nacional de seguros de salud, que suma un 2,5 % al impuesto sobre el valor agregado); las contribuciones al seguro de salud privado opcional en Sudáfrica, las contribuciones del seguro de salud obligatorias para los trabajadores del sector formal y las contribuciones distritales del seguro de salud por parte de quienes se encuentran fuera del sector formal en Ghana y Tanzania. (McIntyre y Mills 2012: i2)

Los hallazgos se publicaron en 2012 en un suplemento especial de *Health Policy and Planning*.⁷⁵ Dos resultados generales importantes contribuyeron al diálogo mundial sobre la CSU.

1. Existía una necesidad crítica de que la CSU abarcara no solo mecanismos de financiación, sino también maneras óptimas de promover el acceso universal a la atención médica necesaria. Los investigadores refinaron metodologías específicas para integrar análisis de equidad mediante la conducción de análisis sobre la incidencia de los beneficios tanto para los servicios de salud públicos como privados. También desafiaron la suposición dominante de que la necesidad de atención médica es igual para todos los grupos socioeconómicos mediante el establecimiento de una definición equitativa para el uso de servicios, aquella de que “el uso está en consonancia con la necesidad” (McIntyre y Mills 2012: i2). Los resultados compararon la distribución de las ventajas de los servicios con la distribución de una medida de la necesidad

de atención médica entre los distintos grupos de personas. La combinación de los análisis sobre la incidencia de la financiación y de los beneficios generó conocimientos sobre el alcance de los ingresos y el riesgo de subvenciones cruzadas dentro de los sistemas de salud de los tres países.

- 2. Existía una necesidad crítica de relacionarse con una gran variedad de partes interesadas para aumentar el consenso sobre los subsidios cruzados para los pobres.** A partir del reconocimiento de que los sistemas universales de salud “se fundamentan en la solidaridad social” (Goudge et al. 2012), los investigadores exploraron el alcance de la disposición pública a contribuir a los mecanismos que prestarían servicios de subsidios cruzados para los más pobres. Se implementaron metodologías para analizar las perspectivas de las partes interesadas en Sudáfrica y Tanzania, y los hallazgos resaltaron la necesidad de aumentar el consenso sobre la CSU en forma activa entre esas partes. La importancia de esa investigación es que llevó el diálogo y la práctica de la CSU de una discusión limitada, más que nada técnica y económica, a un proceso político y social más amplio que requería la contribución de todas las partes interesadas.

Las tres redes llegaron a conclusiones similares: las herramientas existentes eran limitadas y existía la necesidad urgente de desarrollar herramientas más adecuadas, incluidos indicadores y definiciones consistentes que pudieran facilitar estudios comparativos a lo largo del tiempo y sin fronteras geográficas. Era necesario ir más allá de los análisis de costos directos para examinar costos indirectos y analizar el acceso a los servicios. Existía una necesidad crítica de construir bases empíricas más sólidas, en particular en el caso de los estudios longitudinales que mostraban el impacto a largo plazo de los gastos sanitarios en el bienestar de los hogares. Finalmente, sus esfuerzos demostraron que la financiación equitativa de la CSU no era solo un ejercicio técnico, sino que requería voluntad política y un sentido de solidaridad social por parte de la población para que la implementación fuera efectiva.

Indicadores de los ODS para medir la cobertura sanitaria universal

- 3.8.1 Cobertura de los servicios esenciales de salud
- 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios del hogar como una parte del gasto o ingreso total del hogar

En 2011, la SHIELD, la EQUITAP, y la LAred-ESS habían decidido unir fuerzas y colaborar como la GNHE⁷⁶ para aumentar su visibilidad y el impacto en la promoción mundial de la CSU.⁷⁷ La GNHE sostenía que la CSU debía abarcar tanto el acceso a los servicios de salud necesarios de una calidad suficiente para ser efectivos, como la protección contra riesgos financieros para todos. En diciembre de 2012, la Red convocó a organismos internacionales, incluidos UNICEF y la OMS, para que reconocieran la necesidad de incluir el progreso hacia la CSU⁷⁸ como un objetivo mundial de desarrollo en los ODS propuestos.⁷⁹ Sus esfuerzos no solo han contribuido a incluir la CSU como una meta del Objetivo 3 (vida sana y bienestar),⁸⁰ sino que también su trabajo se refleja en los indicadores adoptados por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas⁸¹ en marzo de 2017 para medir esa meta.⁸²

La GNHE también ha desarrollado una metodología integral que examina la salud desde un enfoque holístico⁸³ y que se fundamenta en el trabajo de McIntyre y Kutzin (2016). Ellos propusieron analizar la adaptación y equidad de la utilización del servicio en general, en vez de enfocarse en unos pocos servicios (como la atención médica prenatal y la vacunación). A fin de brindar apoyo práctico que sirviera de guía para la implementación progresiva de la cobertura universal en países, la GNHE aplicó su metodología a una lista creciente de evaluaciones de CSU por país.⁸⁴

Esas investigaciones respaldan los esfuerzos para construir y financiar sistemas nacionales de salud completos e integrados en

forma sostenible, en lugar de servicios selectos y fragmentados, incluidos los servicios de salud reproductiva, materna e infantil. Los sistemas nacionales de salud pueden no solo contribuir a mejorar los resultados sanitarios a gran escala para las poblaciones vulnerables, incluidas las mujeres, los niños y los adolescentes, sino que también ayudan a prevenir y gestionar la desorganización importante que ocasionan brotes de enfermedades y otras emergencias.

Integración de la cobertura sanitaria universal en los ODS

Las investigaciones descritas anteriormente contribuyeron a obtener pruebas sólidas que se utilizan como base para mantener la CSU en la agenda mundial. El Secretario General de las Naciones Unidas estableció la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible⁸⁵ con el objetivo de brindar apoyo técnico a los procesos intergubernamentales implicados en el desarrollo de los ODS. Es significativo señalar que investigadores de renombre financiados por el IDRC copresidieron el grupo temático de trabajo de salud, incluidos Irene Agyepong (Investigadora especialista en salud pública, Servicios de Salud de Ghana) y Srinath Reddy (Presidente, Fundación de Salud Pública de la India).⁸⁶ Las deliberaciones del Grupo de trabajo reflejan el consenso cada vez mayor acerca de la necesidad de entender a fondo la CSU. El informe final⁸⁷ que presentó ante el Secretario General de las Naciones Unidas en 2014 hacía énfasis en el siguiente punto (p. 6):

Opinamos que, con una cobertura sanitaria universal (CSU) provista mediante un sistema de salud que esté gestionado en forma adecuada y que cuente con los recursos necesarios, se logrará abordar esos y otros problemas relacionados con la salud; en especial si se cuenta con el respaldo de políticas en otros sectores que promuevan la salud y la sostenibilidad del medio ambiente y que reduzcan la pobreza. [...] Los gobiernos deben cumplir las funciones de garantes y de facilitadores, y deben movilizar todos los recursos sociales pertinentes para la prestación de servicios de salud. Desde la perspectiva legal, el

compromiso nacional a la CSU debe encontrarse dentro de un marco fundado en derechos.

Puesto que los determinantes de la salud abarcan múltiples sectores, la agenda de desarrollo para el período posterior a 2015 debe promover sinergias y asociaciones que homogeneicen prácticas para lograr una vida más saludable. Si las personas y las poblaciones son más saludables, ese progreso contribuirá a alcanzar otras metas de desarrollo, como la reducción de la pobreza, el empoderamiento de género, y la educación universal [...]

Además del valor intrínseco de la salud, la CSU puede generar condiciones externas positivas para el desarrollo, el empoderamiento de la mujer y la equidad de género, así como la solidaridad social. Dentro del sector de la salud, se debe otorgar máxima prioridad a la atención primaria de salud, debido a que brinda la mayor parte de los beneficios sanitarios a todas las esferas de la sociedad y asegura niveles de gastos sanitarios sostenibles. (Grupo Temático de Salud para Todas las Redes de Soluciones para el Desarrollo Sostenible 2014: 6-7)

También se reconoció que alcanzar la CSU no sería fácil. Los países deben tomar decisiones difíciles a la hora de elegir cómo asignar recursos a menudo escasos a numerosas prioridades diferentes en forma estratégica. En esas situaciones, pueden pasarse por alto las necesidades de las mujeres, los niños y los adolescentes en situaciones de vulnerabilidad. En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a la OMS que diseñara un plan de acción para apoyar a los países que buscan fortalecer la cobertura universal. A su vez, la OMS le pidió a un grupo de especialistas en ética de la salud de la India, Zambia, Tailandia, Uganda, Etiopía, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos que establecieran pautas para ayudar a los países a abordar problemas de índole ética a medida que se expande la cobertura

universal.⁸⁸ En las recomendaciones principales del informe final de la OMS, *Making fair choices on the path to universal health coverage*⁸⁹ (OMS 2014), se detallan tres tipos de estrategias para que los países logren implementar la CSU de una manera justa y progresiva:

- La categorización de los servicios en clases organizadas según su prioridad, con el uso de criterios pertinentes que incluyan la eficacia en función de los costos, la toma de decisiones para priorizar las peores situaciones y la protección financiera ante riesgos;
- la expansión de la cobertura de los servicios de máxima importancia a todas las personas para eliminar los gastos por cuenta de los pacientes y, a su vez, el incremento de pagos obligatorios por adelantado y realizados en forma progresiva con financiación común; y
- la garantía de que ningún grupo desfavorecido quede rezagado (por lo general, poblaciones rurales y grupos con bajos ingresos).

Garantía de que las mujeres, los niños y los adolescentes no queden excluidos

Esa inquietud trae a primer plano el problema de las mujeres, los niños y los adolescentes. ¿Cómo puede la promesa de la CSU asegurar que se cubrirán sus necesidades? Como se observa con el esquema de seguros Aarogyasri de la India, existen servicios de salud materna e infantil importantes que no se cubrieron.

En el suplemento sobre los derechos y la salud reproductiva⁹⁰ especial al que se hace referencia en el prefacio, Sen y Govender (2015: 235) analizaron el potencial de la CSU para mejorar los SDSR, y también de que estos derechos fortalecieran los sistemas de salud. Advirtieron que la atención no debe centrarse solamente en el aspecto de la riqueza de la universalidad y sostuvieron que se debe priorizar a las mujeres y a los adolescentes y prestar

“atención a las desigualdades que hay en común respecto de la localidad, raza/etnia/casta, discapacidades, diferentes estatus, etc.”.

La CSU brinda oportunidades estratégicas para promover la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Para lograr avances, Sen y Govender también advirtieron que las necesidades de los adolescentes y de las mujeres no se deben abordar de manera aislada, sino que se las debe incluir en forma centralizada en cambios planificados con mecanismos de financiación adecuados para asegurar que se cubran. Es necesario acompañar los avances y los servicios generales que beneficien a todas las personas con un enfoque en el que se preste “especial atención a aquellos que tengan mayores necesidades y probabilidades de quedarse atrás” (Sen y Govender 2015: 235). Durante su vida, las mujeres y niñas deben recibir educación completa de calidad sobre sexualidad y tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a fin de cubrir todas sus necesidades. Dada la exclusión frecuente de adolescentes solteras y casadas de servicios educativos y sanitarios, los procesos de la CSU deben llevarse a cabo en prácticas multisectoriales para abordar los determinantes subyacentes que conducen al matrimonio temprano y forzado, la falta de acceso a la educación y la violencia. Es importante mencionar la necesidad de implementar análisis comparados y seguimientos pertinentes para medir el progreso alcanzado (Sen y Govender 2015: 236).

También es importante señalar que los autores reconocen que los SDSR y la CSU

se conforman, a su vez, por lo que se podrían denominar políticas de la decisión y de la voz: quiénes se encargan de la elaboración de políticas y qué intereses se ven efectivamente representados... lo que hace que la participación y el compromiso de una gran diversidad de partes interesadas sean esenciales, entre las que no solo se encuentran planificadores y tecnócratas, sino también líderes políticos y de la sociedad civil. (Sen y Govender 2015: 233-234)

Teniendo en cuenta esas dificultades, ¿cómo pueden los gobiernos y las partes interesadas lograr que haya consenso acerca del diseño de sistemas de salud sostenibles que garanticen el acceso equitativo y asequible a servicios de calidad para todos sin dejar a nadie atrás?

Los investigadores y las partes interesadas han intercambiado enseñanzas y reflexiones que se encuentran detalladas en la siguiente sección.

El diseño de sistemas de salud sostenibles y equitativos mediante el fortalecimiento de la rendición de cuentas y de la gobernanza

Las pruebas han demostrado la forma en que los servicios necesarios para los grupos vulnerables pueden estar fragmentados o ser de mala calidad. Existe la necesidad fundamental de fortalecer los procesos de rendición de cuentas, la gobernanza y la administración de los recursos sanitarios para ayudar a garantizar que la toma de decisiones y la asignación de recursos se realicen en forma estratégica y consistente para cubrir las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables de manera sostenible. Para alcanzar ese objetivo, se requiere que la gran cantidad de actores del sistema de salud asuman sus responsabilidades específicas: desde los niveles comunitarios hasta los mundiales. Los sistemas de salud no son eficientes si la población no recibe servicios accesibles y asequibles de calidad. Los usuarios deben involucrarse en el seguimiento de los sistemas y en el proceso de rendición de cuentas de quienes tengan la responsabilidad de prestar los servicios.

El siguiente ejemplo demuestra la manera en que los investigadores y las partes interesadas de Guatemala, Sudáfrica y Uganda han trabajado con comunidades vulnerables para lograr que las autoridades rindan cuentas por la calidad de los servicios provistos. Sus esfuerzos dieron frutos y, por ejemplo, condujeron

a la mejora de los servicios de salud materna e infantil de las comunidades que participaron de las zonas rurales de Uganda. En el este, centro y sur de África, la experiencia de la EQUINET demuestra que es posible fortalecer la gobernanza a gran escala mediante la colaboración con autoridades para realizar el seguimiento de los niveles de equidad de los sistemas nacionales de salud y facilitar el seguimiento regional colectivo. Las investigaciones también brindan pruebas sobre factores sistémicos mundiales que tienen un impacto negativo en los intentos por lograr mejoras en los servicios de salud, incluso para las mujeres, los niños y los adolescentes. Finalmente, observamos la manera en que los investigadores, profesionales y encargados de la toma de decisiones establecen las relaciones de confianza necesarias para facilitar el intercambio de puntos de vista críticos que son esenciales para fortalecer la gobernanza y crear sistemas de salud sensibles y responsables.

En Guatemala: Creación de un sistema de supervisión indígena para el desempeño del sistema de salud

A pesar de ser un país de ingresos medios, Guatemala adolece de una de las tasas más altas de TMM de América Latina: 88 muertes cada 100.000 nacidos vivos, lo cual excede el promedio general del continente, que es de 67 (OMS et al. 2015). La población indígena de las zonas rurales del país es una de las que tiene los peores resultados sanitarios. Este grupo se vio traumatizado por una guerra civil que se extendió por décadas y que dio lugar a actos de tortura y asesinato masivos por parte de las fuerzas del gobierno. La violencia dejó a la población con profundas cicatrices psicológicas y sociales, creó una ubicua desconfianza hacia las autoridades e instituciones, y perjudicó la participación social y política. La represión del gobierno tuvo entre sus objetivos a líderes locales y comunitarios, incluidos los promotores de salud, los extensionistas agrícolas, los maestros rurales y las matronas tradicionales; en resumen, la misma población que cataliza la acción y el desarrollo cívicos en las comunidades rurales (Flores, Ruano y Funchal 2009). Estas pérdidas han sido una de las

principales causas por las que las comunidades indígenas no hicieron valer sus derechos, incluido el derecho a servicios de salud de calidad.

Si bien las subsiguientes reformas legales desde el final de la guerra apuntaron a frenar la discriminación, las comunidades rurales y, en particular la población indígena, siguen recibiendo tratamientos y servicios de inferior calidad a través de la red de clínicas de salud del país. Entre las quejas más habituales, se encuentran la falta de respeto por parte de los trabajadores y las autoridades de salud, la frecuente escasez de medicamentos y otros suministros, y la falta de rigurosidad en los horarios de atención.

A lo largo de los últimos años, el Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud⁹¹ ha estado brindando información y educación a la comunidades indígenas sobre sus derechos en materia de salud, y ha estado tratando a sus miembros como ciudadanos que se encuentran en el núcleo de los sistemas de control de los servicios de salud. En consecuencia, dichas comunidades se están equipando para poder hacer valer sus derechos, reclamar la atención de las partes responsables y recuperar habilidades esenciales para la participación cívica.⁹² El sistema de control, que se probó por primera vez en seis municipalidades rurales entre 2006 y 2010, actualmente se ha extendido a otras 20 municipalidades rurales. Durante la fase uno, los comités locales recabaron y analizaron información sobre el funcionamiento de los servicios de salud cuatro veces al año. Luego elaboraron informes sobre los resultados y los remitieron a las comisiones de desarrollo municipal correspondientes. A partir de sus debates, se desarrollaron planes de acción. Luego, el comité directivo controló si se llevaban a cabo las actividades identificadas en dichos planes. Los hallazgos llevaron a sucesivos ciclos de evaluación y afinación detallada para garantizar que esta acción conjunta desembocara en un acceso más equitativo a los servicios de salud y un proceso más estricto de rendimiento de cuentas.⁹³

Durante la fase 2, se dio inicio a acciones de movilización masiva y de capacitación de las comunidades objetivo para elevar su nivel de conciencia y comprensión del derecho a la salud en el marco del sistema legal de Guatemala. A fin de establecer los cimientos para el control participativo de los servicios de salud, se capacitó a miembros de esas comunidades en el uso de herramientas audiovisuales (cámaras y otros equipos de grabación) para que pudieran disponer de pruebas sólidas de infracciones al derecho a la salud, y en estrategias de defensa y promoción que fueran capaces de movilizar las demandas de la comunidad en relación con el proceso de rendición de cuentas de las autoridades de salud. Los investigadores experimentaron con el uso de teléfonos móviles y datos de participación colectiva (*crowdsourcing*) y, en 2014, se abrió al público una plataforma de código abierto. Esto permitió que los usuarios de los servicios de salud documentaran y establecieran la ubicación exacta de las infracciones y fallas en los servicios de salud, incluidos el maltrato a los pacientes, la falta de suministros y la escasez de personal. El mapa visual del sitio web estaba a disposición de todos y proporcionó otro camino para promover la rendición de cuentas.

Es importante recalcar que las dinámicas generales de poder han cambiado. Los comités directivos de múltiples partes interesadas, que incluyen trabajadores de salud y representantes del gobierno municipal y de organizaciones comunitarias, ayudaron a que se sobrepusiera la falta de confianza entre los ciudadanos y las autoridades de salud haciéndolos trabajar en conjunto para evaluar las instalaciones de salud y las experiencias de las familias en ellas, así como para dar parte de dichas experiencias. Los comités ganaron la confianza para comprometerse en la participación nacional con parlamentarios, el Ministerio de Salud, la Defensoría Ciudadana Nacional y otros órganos nacionales de derechos humanos. A través de estos procesos, las comunidades lograron obtener una mejor rendición de cuentas por parte de las autoridades locales y nacionales. Sin embargo, lo más importante es que vieron cambios tangibles en la calidad del servicio: se

sancionó a los trabajadores abusivos, los pacientes reciben un trato más respetuoso y los gobiernos municipales asignaron fondos para el servicio de transporte de emergencia y la compra de más medicamentos. Estos cambios críticos son necesarios para mejorar los esfuerzos dirigidos a reducir la elevada tasa de mortalidad materna en estas comunidades.

En Sudáfrica y Uganda: Fortalecimiento de la participación ciudadana en los sistemas de salud

En Sudáfrica y Uganda, el derecho a la salud se reconoce en la Constitución, y los gobiernos fomentan la participación de la comunidad mediante el establecimiento de comités de salud. No obstante, no se ha podido alcanzar un nivel significativo de participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones en materia de salud.

Entre 2012 y 2015, el CEHURD⁹⁴ y la Facultad de Salud Pública y Medicina Familiar (*School of Public Health and Family Medicine*) de la Universidad de Ciudad del Cabo (UCT⁹⁵) trabajaron con los comités de salud, la sociedad civil y las autoridades locales a fin de identificar estrategias que hicieran a los comités de salud más capaces de facilitar a los ciudadanos una vía para que sus comentarios y críticas mejoraran la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Las investigaciones formativas en dos distritos rurales de Uganda y el área metropolitana de Ciudad del Cabo registraron desafíos, incluidos la falta de comprensión de las distintas funciones y responsabilidades, habilidades insuficientes, canales de comunicación precarios y una muy tenue vinculación con otros actores del sistema de salud (London y Mulumba 2013). Tanto el CEHURD como la UCT presentaron programas contextualizados e innovadores de capacitación y desarrollo de la capacidad dirigidos a ciertos comités de salud, y fomentaron la vinculación con otras organizaciones de sociedad civil locales, distritales, nacionales y regionales.

Esta medida produjo algunos resultados notables, incluso para la salud de madres y niños. A modo de ejemplo, el comité de salud de Nyamiringa, en Uganda, logró petitionar con éxito ante las autoridades distritales para la obtención de un ala de maternidad funcional y la construcción de viviendas para el personal. Finalmente, la nómina del centro de salud local se expandió para incorporar una partera adicional, un médico clínico y un técnico de laboratorio. Al nivel nacional, la participación en iniciativas de la sociedad civil hizo posible que se solicitara la intervención de la Comisión de Derechos Humanos y el Ministro de Aguas de Uganda a fin de solucionar problemas que involucraban la desconexión de ciertas áreas de la red de provisión de agua, y la falta de suministro de agua en algunos hospitales distritales y clínicas. Los comités de salud de Ciudad del Cabo lograron acordar con funcionarios la institucionalización de su función en los procesos de planificación del Departamento de Salud.

Sin embargo, los hallazgos demostraron que, en lugar de manejarse como intervenciones aisladas, las iniciativas para fortalecer la posición de los comités de salud necesitaban enmarcarse en estrategias más amplias de mejoramiento de los sistemas de salud. Los comités de salud debían vincularse en forma colectiva a estructuras distritales y metropolitanas de mayor jerarquía, de modo que los comentarios y críticas de los niveles locales llegaran a los encargados de tomar decisiones y asignar recursos en los niveles regional y nacional.

En Ciudad del Cabo, se estableció una red de aprendizaje⁹⁶ para miembros motivados y capacitados de los diversos comités individuales. La red creó oportunidades para el intercambio de información y aumentó la capacidad de los comités. Como resultado y cada vez con mayor aplomo, la red se convirtió en una suerte de voz y liderazgo colectivos para los muchos comités de salud individuales y dispersos. Asimismo, fue convocada por estructuras de salud oficiales para facilitar el diálogo y la participación, a un nivel jerárquico más elevado, relativos a los problemas emergentes de salud.

Los hallazgos también resaltaron la importancia de involucrar a los gerentes y a los proveedores de atención de salud en estos procesos; de no hacerlo, podrían surgir disputas y oposición con respecto a los comités de salud. Era necesario entender el punto de vista de los proveedores de atención de salud locales, su entorno, sus necesidades y lo que se esperaba de ellos por parte de estructuras de mayor jerarquía. Esa comprensión ayudó a las estructuras comunitarias a brindar apoyo a los proveedores de atención de salud en la gestión de desafíos a fin de lidiar con las necesidades de la comunidad en forma más efectiva.

Al mismo tiempo, los comités de salud debían mantener su credibilidad ante los ojos de las comunidades que representaban, lo que lograron hacer interactuando regularmente con los miembros de dichas comunidades para rendir cuentas de su accionar e incluyendo representantes de diversos grupos, particularmente los más vulnerables.

Los comités de salud que trabajaron por su cuenta fueron menos capaces de lidiar en forma sostenida con las causas sistémicas y subyacentes de los bajos indicadores de salud, incluidos los factores de género, la pobreza y la poca estabilidad social. La colaboración con otras organizaciones de la sociedad civil habría podido incrementar su eficacia, como se demostró en el caso del problema con el suministro de agua en Uganda. Con el objetivo de comenzar a resolver los muchos problemas sociales subyacentes, la red de aprendizaje de Ciudad del Cabo trabajó junto con organizaciones de la sociedad civil para desarrollar planes tendientes a fortalecer los sistemas **comunitarios**.

El hallazgo general fue que, si los gobiernos desean alcanzar un nivel sostenible de participación comunitaria, deben reconocer e incorporar los comités de salud en los sistemas de salud sin que los primeros pierdan su función de agentes autónomos. Dicho de otra manera, aprender a construir relaciones de trabajo eficaces entre todas las partes interesadas clave constituye un elemento esencial en los sistemas de salud y en la mejora de la salud.

En África Oriental, Central y Meridional: Creación de un sistema regional de rendición de cuentas

La red EQUINET⁹⁷ es una organización de profesionales, investigadores y activistas que trabajan en la equidad de la salud en África Oriental y Meridional. Entre sus iniciativas de investigación relacionadas con las políticas, se encuentra la producción y publicación de informes de equidad, llamados *Equity Watch*, en varios países. Estos informes, presentados por cada país y enmarcados por la red EQUINET, se incorporan en los procesos de creación de políticas de los funcionarios de los ministerios de salud y otros ministerios pertinentes para controlar el progreso de los sistemas de salud y su capacidad de respuesta en relación con la promoción y el logro de la equidad de la salud y de los servicios de salud. En cada informe, se sigue el progreso en relación con las metas y los compromisos establecidos en cuatro áreas principales: equidad de la salud, acceso de los hogares a los recursos de salud, equidad de los sistemas de salud y justicia general. Los informes de diversos países se prepararon con la participación de funcionarios, en Zambia,⁹⁸ Zimbabue,⁹⁹ Uganda,¹⁰⁰ Kenia,¹⁰¹ Tanzania¹⁰² y Mozambique.¹⁰³ En algunos países, se prepararon varios informes *Equity Watch* para ayudar a identificar tendencias y documentar el progreso de la mejora de los resultados de salud.

Los informes satisfacen los requisitos de una resolución de los ministerios de salud de la comunidad de salud de África Oriental, Central y Meridional¹⁰⁴ para el control del progreso en la equidad de la salud. Los informes de los países se complementaron, en 2012, con un análisis *Equity Watch*^{105,106} regional que involucró a 16 países. Gracias a este informe, los responsables regionales de los procesos de toma de decisiones tuvieron acceso a pruebas de que las disparidades sociales y económicas de sus países estaban dificultando el alcance de las metas de salud reproductiva, de las madres y de los niños, a pesar de los compromisos que se habían fijado. A modo de ejemplo, el informe halló que:

- aproximadamente una de cada cinco muertes de niños menores de cinco años ocurrió en los hogares más pobres;
- la tasa de fertilidad era más elevada entre los adolescentes de hogares pobres de las zonas rurales; y
- los hijos de madres con menor nivel educativo tenían cinco veces más probabilidades de sufrir malnutrición que aquellos con madres mejor educadas (EQUINET 2012a, 2012b).

El trabajo se citó numerosas veces y, con el tiempo, se integró en el marco de control y evaluación de la comunidad de salud de África del este, central y del sur, con el fin de incluir indicadores de equidad en informes del ámbito nacional.

Responsabilidades a nivel global

Como mencionamos antes, las decisiones de los gobiernos se ven limitadas por las políticas y las prácticas mundiales que afectan las decisiones de financiación y las prioridades de implementación. Entre 2012 y 2014, la red EQUINET elaboró tres estudios de caso¹⁰⁷ a fin de analizar problemas que afectaban de forma directa la capacidad de los gobiernos para brindar servicios de atención médica de calidad, en particular, a los grupos vulnerables (como las mujeres, los niños y los adolescentes). Los estudios de caso analizaban la influencia de la gobernanza mundial en materia de financiación del sistema de salud;¹⁰⁸ los cuellos de botella generados en la producción de medicamentos;¹⁰⁹ y la migración de trabajadores sanitarios desde el Sur Global hacia los países de ingresos altos.¹¹⁰

El estudio general demostró la necesidad de contar con un compromiso amplio de múltiples partes interesadas más allá del sector de la salud a efectos de abordar estos problemas clave. Por ejemplo, las pruebas del compromiso de África en la elaboración de **agendas internacionales** —así como en el diseño, la selección, la negociación y la implementación de políticas— resaltaban la complejidad y la naturaleza política de los procesos. El compromiso de los gobiernos era más efectivo cuando había un liderazgo

político con posiciones políticas articuladas con claridad. Era importante contar no solo con una interacción regional sólida y con posiciones comunes en todos los países, sino también con una buena comunicación tanto entre los sectores nacionales como con las embajadas nacionales y los aliados internacionales. Los negociadores debían comprender los problemas y tener acceso a las pruebas pertinentes.

A la vez, existía un fuerte paradigma de “ayuda para el desarrollo” que debilitaba el papel de numerosas partes interesadas, incluidos los agentes del ámbito técnico, el sector privado local y la sociedad civil. Los marcos internacionales y la “lejanía de los procesos mundiales de toma de decisiones” también debilitaban las capacidades de negociación efectiva. Se plantearon preocupaciones respecto del impacto provocado por el hecho de que la ayuda para el desarrollo se centrara en medidas correctivas y humanitarias para la salud en lugar de que tuviera en consideración los determinantes estructurales identificados en los estudios de caso. En cambio, los investigadores recomendaron explorar nuevas formas de participación, lo que incluía la cooperación Sur-Sur. Los investigadores llegaron a la conclusión de que, para prevenir que los procesos diplomáticos internacionales en materia de salud volvieran a constituir “relaciones de poder tradicionales dentro de un paradigma de ayuda para el desarrollo”, sería necesario examinar de manera continua las instituciones, las relaciones y los procesos involucrados en la diplomacia en salud. Ciertas metodologías, como las IAP, podrían ser muy útiles en este proceso (Irwin y Loewenson 2015: 3).

La investigación hizo hincapié en la complejidad de los determinantes que afectaban la capacidad de los gobiernos para brindar servicios de calidad, tales como los servicios de salud reproductiva, materna e infantil dirigidos a poblaciones vulnerables. A menos que se aborden estos determinantes globales más abarcadores, los servicios podrían aislarse, depender de donaciones y volverse insostenibles.

Generar confianza y crear espacio para el compromiso

En el núcleo de la gobernanza, tal como se señaló en los ejemplos anteriores, algunos aspectos importantes al momento de negociar y lograr cambios son la concientización, la comprensión y el compromiso respecto del proceso político. De lo contrario, es probable que no se utilicen pruebas informativas en el diseño y la implementación de políticas. No obstante, es importante mencionar que influenciar el proceso de formulación de políticas y de toma de decisiones no es un procedimiento lineal: los conflictos de intereses, el poder y la competencia entre prioridades suelen desempeñar un papel significativo en las decisiones y la asignación de recursos. Es poco probable que se logren cambios con solo presentar informes sobre políticas con un resumen de las pruebas. Para fomentar el cambio, es fundamental que los investigadores generen confianza en todos los actores del sector de la salud, incluidos los usuarios de la comunidad, los profesionales de la salud y los dirigentes en todos los niveles. No obstante, esto no sucede de forma automática.

La construcción de confianza y de relaciones se reconoce cada vez más como un factor clave para desafiar las relaciones desiguales de poder e impulsar el cambio.

En la revista de *BMC Health Services Research*,¹¹¹ Olivier de Sardan (2015), del LASDEL, reflexionó sobre la experiencia de entablar una conversación con los dirigentes acerca de las investigaciones anteriores sobre subsidios y exenciones de tarifas. En un principio, los funcionarios públicos de Níger reaccionaron con reticencia, críticas y escepticismo respecto de las pruebas del LASDEL sobre las limitaciones de las políticas. Los investigadores del LASDEL siguieron construyendo relaciones de franqueza y confianza. Consideraban que su función consistía en “recolectar el discurso privado y transmitirlo a la esfera pública a través de sus análisis con el objetivo de proporcionar un panorama serio de una realidad”, así como en crear “las condiciones para un debate experto y uno público” (Olivier de Sardan 2015: 1). Hacia finales del

proyecto, se celebró una conferencia nacional cumbre sobre exención de tarifas que fue muy exitosa. Contó con la asistencia de partes interesadas del sistema de salud y permitió a los trabajadores sanitarios hablar “por primera vez, en un entorno público, acerca de los numerosos problemas relacionados con la política de exención de tarifas, y ellos confirmaron e incluso complementaron, en gran medida, los resultados” de la investigación.

CHESAI,¹¹² una iniciativa respaldada por la UCT y la Universidad del Cabo Occidental, creó deliberadamente un espacio para que investigadores, profesionales de la salud y dirigentes de la provincia del Cabo Occidental, Sudáfrica, pudieran compartir información y dialogar. Los clubes mensuales de discusión de artículos reunían hasta cien personas por reunión, incluidos investigadores, profesionales sénior de la salud y líderes del departamento provincial de salud. Dichos clubes crearon un espacio para reflexionar, pensar nuevos métodos, relacionarse con colegas en un entorno no amenazante y analizar resultados de investigaciones para evaluar sus consecuencias sobre la práctica y las políticas locales. Durante las evaluaciones, muchos miembros hablaron sobre la necesidad de ese tipo de foros, así como sobre el valor de superar las divisiones que separaban a esos actores clave. Asimismo, señalaron que los debates de los clubes habían contribuido de forma directa a la formulación de políticas provinciales de salud.

Esos ejemplos ilustran la visión de los investigadores respaldados por el IDRC a lo largo de los años. De eso se trata la gobernanza para la equidad en los sistemas de salud.

La Dra. Irene Agyepong,¹¹³ del Servicio de Salud de Ghana, comparte una reflexión final muy adecuada:

Necesitamos desarrollar aptitudes sobre cómo hacer diplomacia, cómo movilizar fondos y cómo vender ideas. Transformar las investigaciones en políticas y práctica no se logra con un solo taller de difusión. Es más una cuestión de comprometerse

con el discurso, lo que significa escuchar, observar y hablar con los demás. Existen nociones básicas de cada país y cada conflicto que deben comprenderse, por lo que el contexto es importante. Los investigadores necesitan participar en reuniones y conocer su sector de la salud a fin de estar al tanto de las principales inquietudes que surgen en las reuniones. Esta participación contribuirá a identificar interrogantes de investigación y fortalecerá el proceso mediante el cual las investigaciones se transforman en políticas y práctica. Construir relaciones con los distintos actores constituye un factor crítico: es necesario crear confianza, credibilidad y receptividad con vistas a que los investigadores se comprometan con el proceso de formulación de políticas y, en consecuencia, sea más probable que los dirigentes escuchen. Este tipo de compromiso requiere un conjunto de aptitudes distinto.

Lecciones aprendidas y perspectivas

El presente libro ha presentado evidencia generada durante casi 15 años sobre maneras para mejorar la equidad, la gobernanza y los sistemas de salud, a fin de que sean más efectivos para grupos vulnerables, como las mujeres, los niños y los adolescentes. Asimismo, hemos sintetizado lecciones que surgen de la investigación y la experiencia respaldadas a nivel internacional (véase la Figura 3) a fin de poder informar e inspirar a una nueva generación de líderes e investigadores de la salud, a la vez que compartimos algunas reflexiones críticas sobre los desafíos que faltan abordar con otros miembros de la comunidad sanitaria internacional, incluidas organizaciones de financiación.

Figura 3. La red interactiva de lecciones para mejorar la equidad, la gobernanza y los sistemas de salud.



Fuente: autor

La evidencia del presente libro propone seis lecciones dominantes sobre desarrollo, población, política, sistemas, evidencia y financiación. Todas son significativas: tanto por mérito propio como a partir de sus interacciones como una red integrada de incidencia.

La importancia del desarrollo

Mejorar los resultados en materia de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes es esencialmente un desafío relacionado con el desarrollo.

Las investigaciones han contribuido a acumular evidencia —por ejemplo, mediante los determinantes sociales de la red de conocimientos sanitarios, NEHSI en Nigeria, INSTRUCT en Botsuana y en comunidades rurales del estado Karnataka, India, y en comunidades indígenas de Guatemala— mediante la demostración de que varias de las causas fundamentales de la salud precaria se relacionan con factores más amplios, como las actitudes y las funciones asignadas a cada género, la pobreza, la falta de educación, las etnias, la raza y la marginación social. Como se mencionó en la primera parte, los embarazos precoces que están relacionados con una gran parte de las muertes maternas e infantiles evitables tienen sus raíces en la pobreza y prácticas sociales relativas a cada género, como el matrimonio infantil y adolescente, la violencia contra la mujer y los bajos niveles de educación de las niñas. A menos que se aborden estos determinantes relacionados con la exclusión, los esfuerzos para mejorar la salud se centrarán inevitablemente en los síntomas; y el número de personas a quienes se les niega una buena salud seguirá creciendo.

Abordar las causas fundamentales de la salud precaria, junto con la población afectada en forma directa, es un proceso a largo plazo que exige hacer frente a las desigualdades arraigadas a fin de alcanzar un efecto duradero para la población y las instituciones. Si retomamos el tema de la trágica muerte de Sylvia Nalubowa

en Uganda, un simple botiquín obstétrico jamás la hubiera salvado. El sistema que le falló en todos los niveles continuaba buscando soluciones rápidas para la mortalidad materna e infantil, como el establecimiento de servicios obstétricos de emergencia y la distribución de botiquines obstétricos para las futuras madres. Esas intervenciones se encuentran entre los fines próximos del sistema de salud: tratar de responder a los síntomas inmediatos. Un enfoque de desarrollo se centra en los fines remotos (Sen e Iyer 2012; Sen, Iyer y Mukherjee 2009), y así permite abordar las causas fundamentales de las comunidades vulnerables y de los sistemas disfuncionales. Existe cada vez más evidencia sobre cómo prevenir muertes innecesarias durante el parto gracias a que se siguen buscando dar respuesta a las causas y los determinantes subyacentes de la salud precaria: por ejemplo, al mejorar la atención prenatal en Karnataka, India, incluidos los exámenes habituales y el tratamiento de la anemia endémica y la hipertensión arterial; al movilizar el respaldo comunitario para mujeres embarazadas en India y en Nigeria; al reorientar todos los programas de desarrollo en Botsuana que sean accesibles para los grupos más vulnerables a la infección del VIH; y al fortalecer la gobernanza en las comunidades de Uganda a fin de que los comités de salud locales negocien la distribución de personal sanitario adicional para las clínicas de las aldeas.

Encontrar soluciones sostenibles implica proporcionar apoyo y acompañar procesos conforme avanza el tiempo: el cambio es un proceso acumulativo que se realiza paso a paso, y no una serie de intervenciones aisladas y únicas.

La importancia de la población

No se pueden mejorar los resultados sanitarios sin el compromiso fiel de todos aquellos que tienen una función que cumplir para producir el cambio. Las responsabilidades comienzan en el hogar a nivel individual y se extienden hacia los niveles comunitarios, distritales, nacionales, regionales y globales. Como ha

demostrado la red EQUINET en África Oriental y Meridional, eso implica poner a los miembros de la comunidad, en particular a los más vulnerables, en el centro de los procesos para que desempeñen papeles activos como ciudadanos comprometidos. Significa comprender los desafíos que enfrentan los profesionales locales de la salud y trabajar con ellos para alcanzar el respaldo necesario, a fin de prestar servicios de calidad sin restricciones. Implica colaborar con dirigentes, como hizo el equipo de la iniciativa NEHSI con las autoridades estatales y locales de Nigeria, para que ellos aprendan cómo utilizar la evidencia, y trabajar con promotores para que sepan cómo aprovechar las oportunidades y liderar cambios complejos. Los líderes visionarios que contribuyen al campo de la investigación en sistemas de salud están explorando estrategias para fortalecer los sistemas de salud centrados en el paciente¹¹⁴ y han compartido sus reflexiones y evidencia en una revista complementaria respaldada por el centro IDRC.

La importancia de la política

La salud es política: la calidad del servicio, el grado de acceso, la equidad proporcionada depende de quién dirija el proceso. ¿Quién decide a nombre de quién? ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Cómo se ejerce el poder? Esa cuestión se extiende al nivel internacional y a los países que proporcionan fondos: ¿qué programas de desarrollo y de financiación se establecen? ¿Quién los establece? ¿Al servicio de qué intereses?

Las elecciones nacionales recientes en todo el mundo han dejado estos interrogantes en claro. Los políticos han recurrido a la salud para ganar votos y, aun así, una vez que están en el poder, muchos comienzan a socavar el derecho de la población a la salud. Reconocer la naturaleza política de la salud contribuye a desarrollar soluciones que aborden las desigualdades subyacentes.

Los investigadores financiados por el IDRC han trabajado a nivel comunitario y mundial para lidiar con las cuestiones de la política y del poder que obstruyen los sistemas de salud equitativos. Los investigadores de Ciudad del Cabo y de las zonas rurales de Uganda fortalecieron el compromiso comunitario de los ciudadanos para demandar servicios e incidir en la política en forma efectiva. Los investigadores de Nigeria actuaron como defensores para hacerse cargo del Ministerio de Salud y establecer los desafíos en torno a la implementación de los subsidios de salud en la agenda nacional. La investigación de la red EQUINET registró el poder que está en juego en la salud mundial y que afecta, en forma drástica, el suministro de medicamentos, trabajadores sanitarios y de la financiación para los servicios nacionales de salud. Los investigadores sobre la financiación de la salud han trabajado dentro de países (la India), a nivel regional en Asia, África y América Latina y a nivel internacional (GNHE) para registrar los efectos catastróficos y empobrecedores que tienen las tarifas en los servicios de salud. También han trabajado para garantizar que se integren indicadores equitativos para la CSU dentro del marco de vigilancia de los ODS. Comprender el poder y la política contribuyó a elaborar estrategias para fomentar el compromiso.

La importancia de los sistemas

Es necesario comprender y abordar los sistemas de salud en conjunto. Abordar componentes individuales —ya sean cadenas de suministro, finanzas, sistemas de información sanitaria, o trabajadores sanitarios; o servicios, grupos demográficos o enfermedades individuales— en forma aislada solo servirá para impulsar esfuerzos fragmentados. En la primera parte, analizamos cómo se han orientado las agendas nacionales e internacionales para priorizar cuestiones aisladas en serie, tal como el tratamiento y la vacunación contra el VIH/SIDA, lo que inevitablemente ha dirigido los recursos hacia las intervenciones priorizadas y los ha desviado de las

necesidades del sistema en general. Se enfatiza la importancia de poner en forma continua a las mujeres, los niños y los adolescentes vulnerables en el centro del desarrollo y la implementación de políticas de CSU, en vez de marginarlos en sistemas locales de salud, para garantizar que se cubran sus necesidades específicas. Y como se ha reconocido durante el brote de la enfermedad del Ébola, es importante aprovechar las oportunidades y los recursos para integrar esas prioridades individuales en inversiones que fortalezcan el sistema general, a fin de prevenir y gestionar las emergencias médicas.¹¹⁵

La importancia de la evidencia

Hacen falta metodologías rigurosas para generar datos y pruebas confiables que permitan formular cambios en las políticas y prácticas. Las metodologías que analizan la exclusión y la equidad y que pueden generar hallazgos sobre los que actuar son de suma importancia. Las metodologías pertinentes dependen del interrogante investigado; como explicamos en la tercera parte, los ensayos controlados aleatorizados han contribuido a construir una base empírica en torno a los determinantes del VIH/SIDA en Sudáfrica. Los métodos de investigación cualitativa y participativa, como los que se utilizaron en Karnataka, India, en África Occidental y en Guatemala, han sido esenciales para la profundización y para la exposición de las perspectivas de aquellos grupos que no suelen tener voz, además del funcionamiento invisible del poder y la exclusión. La investigación sobre la implementación, como la que se llevó a cabo, por ejemplo, en los estados de Bauchi y de Cross River en Nigeria, ha permitido que las partes interesadas “aprendan mediante la práctica” y que definan qué es lo que funciona en un contexto determinado.

Identificar quién formuló las preguntas que se han respondido es de igual importancia. Es muy probable que la investigación no sea pertinente si no se ve impulsada por las necesidades de las comunidades y de las partes interesadas que buscan informarse y

fomentar el cambio. Esas metodologías permiten que los grupos de actores relevantes se adueñen de la investigación y la utilicen como base para la acción.

Para ser de utilidad, la evidencia debe compartirse con todas las partes interesadas en formularios útiles. Los formatos diferirán según las responsabilidades y funciones específicas de las partes interesadas. Es esencial que el análisis y la interpretación de datos involucren a quienes utilizarán la evidencia para impulsar el cambio: los procesos lineales por los cuales los investigadores buscan responder a sus propios planteos y presentar soluciones solo mediante informes sobre políticas son deficientes e inefectivos a la hora de abordar problemas de salud complejos y arraigados.

La importancia de la financiación

Como se refleja en los ODS y como se enfatiza en el trabajo exhaustivo de los investigadores sobre la financiación de la salud, hay un consenso creciente sobre la importancia de la CSU como estrategia para brindar una atención médica de calidad que sea accesible y asequible. Se han desarrollado metodologías para mejorar el análisis de los esfuerzos y mecanismos de financiación nacionales para implementar una CSU. En la tercera parte, se presentó evidencia sobre los esfuerzos para implementar planes de seguro médico en India, Ghana, Tanzania y Sudáfrica. La investigación actual sobre el VIH/SIDA en Botsuana respalda al gobierno para que reoriente sus propios programas nacionales y garantice que sean accesibles para las adolescentes y jóvenes vulnerables.

A la vez, la investigación ha demostrado la incidencia permanente de los programas de donantes y las prioridades sobre las estrategias y la asignación de recursos nacionales, como se observó en la imposición y abolición selecta subsecuente de las tarifas de los servicios de salud en África Occidental.¹¹⁶ Recientemente, los investigadores que escriben sobre los esfuerzos para fortalecer los

sistemas de salud en África Occidental señalan el sesgo continuo de la asistencia para el desarrollo, que desvía los esfuerzos a prioridades determinadas en forma externa.

Habida cuenta del papel poderoso que la ayuda y la asistencia internacionales tienen sobre el ámbito de la salud mundial, algunas de las siguientes reflexiones y lecciones formuladas a partir del trabajo del IDRC pueden considerarse interesantes y pertinentes.

Ante todo, debemos escuchar y poner a las partes interesadas y a los investigadores de los PIMB y a sus conocimientos en el centro de los procesos de investigación y de desarrollo. Quienes se fundamentan en contextos sociales, políticos y económicos pertinentes deben liderar la investigación y utilizar los hallazgos para promover el cambio sostenible. Los proveedores de financiación pueden desempeñar un papel importante si permiten que exista un espacio para la construcción de la creatividad, la visión y las relaciones en vez de forzar métodos prescriptivos e intentar garantizar su aprobación en forma subsecuente. Otorgar subvenciones iniciales de menor duración para la planificación puede ayudar a los actores clave a abarcar divisiones lingüísticas, disciplinarias y de otros tipos, además de construir las relaciones de confianza necesarias para desarrollar propuestas de investigaciones sólidas y contextualmente pertinentes. El fomento de las capacidades de apoyo para permitir la reflexión y el diálogo continuos en los grupos de partes interesadas puede contribuir a la identificación de interrogantes de la investigación y al desarrollo de estrategias para la formulación de políticas y prácticas.

El cambio no ocurrirá de la noche a la mañana, y debemos brindar servicios de asistencia a largo plazo mediante una financiación de varios años. Los parámetros del éxito también son importantes. ¿Tiene sentido enfocarse en indicadores amplios, como la reducción de la tasa de mortalidad materna? Ha surgido

mucho debate en torno a este indicador de los ODM (Yamin y Boulanger 2014), y los científicos argumentan que medirlo o alcanzarlo no es viable ni realista. ¿Cuáles son los pasos intermedios importantes que hay que seguir para contribuir a un cambio tan amplio y cómo deben medirse? Como hemos mencionado, la equidad y la gobernanza están vinculadas con relaciones de poder y con quienes controlan los recursos y la toma de decisiones en todos los niveles. ¿Cómo se pueden visibilizar y medir los cambios y el progreso en esos aspectos?

Perspectivas: aprovechar las oportunidades

Las mujeres, los niños y los adolescentes constituyen algunos de los grupos más vulnerables en la mayor parte de las sociedades. En el nivel internacional, se pusieron en marcha numerosos esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la salud reproductiva, materna e infantil. Sin embargo, como se ha reiterado en el presente libro, centrarse en un único grupo de la población o solamente en las necesidades médicas específicas del embarazo y del parto no alcanza para mejorar la vida de la población de manera sostenible. Con frecuencia, las organizaciones y los individuos involucrados siguen estando en sistemas locales de salud separados, y es importante abordar las divisiones que fragmentan los esfuerzos. Es esencial respaldar los apoyos exhaustivos que abordan los determinantes estructurales de la salud precaria, y fortalecer los sistemas de salud para todos los grupos vulnerables, incluidas las mujeres, los niños y los adolescentes.

Los ODS proporcionan una oportunidad estratégica para promover resultados en salud hasta 2030. El tercer objetivo sobre salud y bienestar adopta un método del ciclo vital que enfatiza la salud reproductiva y la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Integra el conocimiento y la evidencia sobre los

determinantes sociales de la salud y convoca respuestas integradas, holísticas y multisectoriales. Exige que la CSU garantice tanto el acceso a servicios de calidad para todos como la provisión de protección financiera para evitar gastos catastróficos que entierren a las familias en una pobreza más profunda.

El respaldo del desarrollo de metodologías pertinentes, la generación y el uso de evidencia rigurosa, así como el compromiso de las partes interesadas en construir la comprensión y el consenso en cuanto a las prioridades nacionales contribuirán a impulsar ese objetivo y fortalecer la toma de decisiones, la gobernanza y la asignación de recursos necesarias para cumplir los compromisos.

Esos esfuerzos exhaustivos fortalecerán los sistemas que pueden mejorar la salud reproductiva y de las mujeres, los niños y los adolescentes, a la vez que contribuyen a la prevención y a la gestión necesaria para lidiar con emergencias sanitarias futuras, como la de la enfermedad del Ébola. Ese puede ser un aspecto positivo del trágico brote del virus del Ébola: demostró en forma drástica el nivel del aumento de interdependencia internacional y contribuyó a construir el consenso y la movilización internacionales en torno a la necesidad de respaldar enfoques holísticos e integrados a la hora de lidiar con problemas de salud y de desarrollo arraigados. Ilustró, en forma gráfica, el hecho de que necesitamos comprender las políticas y el contexto de la salud precaria; abordar sus causas próximas y remotas, y construir puentes entre las intervenciones verticales y aisladas y los grupos fragmentados de partes interesadas a fin de desarrollar sistemas de salud sólidos y equitativos.

A pesar de que los ODS proporcionan un marco de acción internacional sólido, debemos protegernos contra la despreocupación, y aprovechar las lecciones que surgieron de la riqueza de nuestra experiencia colectiva. Las palabras de Amartya Sen de 2004 son tan pertinentes el día de hoy como lo eran hace más de diez años:

La crisis de salud mundial que enfrentamos actualmente exige una reflexión fresca y salidas nuevas. Son centrales para este encuentro el desarrollo y el uso del conocimiento social y científico. Por supuesto que la crisis sí exige medidas especiales, así como fe en la capacidad de la humanidad de sobrellevar adversidades monumentales. Pero necesitamos un enfoque centrado en el conocimiento para que nuestras acciones estén a la altura de las necesidades (...) [Ahrweiler, H. et al. 2004: 38]¹¹⁷

Glosario de términos y abreviaturas

APS – atención primaria de la salud

CEHURD – Center for Health, Human Rights and Development

CHESAI – Collaboration for Health Systems Analysis and Innovation (Colaboración para el Análisis y la Innovación de los Sistemas de Salud)

CSU – cobertura sanitaria universal

EQUINET – Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa

EQUITAP – Equity in Asia-Pacific Health Systems

GHI – Global Health Initiatives (Iniciativas para la Salud Mundial)

GNHE – Global Network for Health Equity (Red Mundial para la Equidad en Salud)

IAP – investigación-acción participativa

IDRC – Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo

IIMB – Indian Institute of Management Bangalore

INSTRUCT – Inter-ministerial National Structural Intervention Trial

LAred-ESS – Red Latinoamericana de Investigaciones en Equidad y Sistemas de Salud

LASDEL – Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (Laboratorio de estudios y la dinámica social de la investigación y del desarrollo local)

LGA – Zona de Gobierno Local

MDR – examen de la mortalidad materna

MNCH – salud de la madre, del recién nacido y del niño

NEHSI – Nigeria Evidence-based Health System Initiative (Iniciativa del Sistema de Salud con Base Empírica de Nigeria)

ODM – Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODS – Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONG – organizaciones no gubernamentales

PHFI – Public Health Foundation of India

PIMB – países de ingresos medianos bajos

RSI – Reglamentos Sanitarios Internacionales

SDSR – derechos en materia de salud sexual y reproductiva

SHIELD – Strategies for Health Insurance for Equity in Less Developed Countries

TC – traducción del conocimiento

TMM – tasa de la mortalidad materna

UCT – Escuela de Salud Pública y Medicina Familiar de la Universidad de Ciudad del Cabo

Notas

- ¹ http://www.who.int/topics/international_health_regulations/es/
[Se accedió el 9 de mayo de 2017]
- ² <http://www.unfpa.org/events/international-conference-population-and-development-icpd>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³ http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁴ <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶ En www.idrc.ca/healthy-lives puede encontrarse la versión digital del libro. Sabemos que los enlaces pueden cambiar con el tiempo; sin embargo esperamos que la información detallada sea suficiente para que puedan encontrar las referencias que pueda necesitar.
- ⁷ <http://www.cehurd.org/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Press-Release-Maternal-Health-Uganda.pdf>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸ <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ⁹ Específicamente, el Objetivo 4 era reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los menores de 5 años entre 1990 y 2015, y el Objetivo 5 era a) reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, y b) lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. (Fuente: Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>) [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹⁰ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹¹ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹² <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹³ <http://www.prb.org/pdf16/prb-wpds2016-web-2016.pdf> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹⁴ Resumido del Anexo 7 de la OMS et al. 2015: *Estimación de la tasa de mortalidad materna* (TMM, muertes maternas por cada 100 000 nacimientos de niños vivos), cantidad de muertes maternas, riesgo durante tiempo de vida, porcentaje de muertes maternas indirectas relacionadas con el SIDA y proporción de muertes entre mujeres en edad reproductiva debido a causas maternas (PM), por país, 2015.
- ¹⁵ Fragmento de la tabla del Anexo 7. Nota: Las estimaciones se han computado para garantizar la posibilidad de comparación entre los países. De esta manera, no son necesariamente iguales a las cifras oficiales de cada país, que pueden haberse obtenido por diferentes métodos estrictos.
- ¹⁶ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/ [Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- 17 http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 18 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 19 http://www.who.int/social_determinants/es/
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 20 http://www.who.int/social_determinants/es/
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 21 http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 22 <http://www.who.int/whr/2008/es/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 23 <http://www.who.int/whr/2000/es/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 24 Se puede encontrar el suplemento completo en <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-9-supplement-1>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 25 http://www.who.int/healthsystems/publications/MPS_academic_case_studies_Book_01.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 26 <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=UG> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 27 http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017]. (NOTA: esta página solo se abrirá si copia el enlace directamente en su navegador)
- 28 <http://www.actionforglobalhealth.eu/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ²⁹ http://www.wpro.who.int/laos/topics/universal_health_coverage/en/ [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³⁰ http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³¹ <http://www.who.int/whr/es/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³² <http://universalhealthcoverageday.org/welcome/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³³ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³⁴ La Fase 2 del programa de Gobernanza, Igualdad y Salud del IDRC (2006-2011) apoyó 97 proyectos con CAD 21,5 millones en inversión por parte del IDRC y CAD 54,84 millones de parte de otras 7 organizaciones donantes (Fuente: Singh et al. 2010). La Fase 3 (2011-2016) apoyó 68 proyectos con un total de CAD 95,3 millones, lo que incluía CAD 36,2 millones por parte de donantes externos (Fuente: IDRC 2015).
- ³⁵ <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/GEHS-Maternal-Health.pdf>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³⁶ Laboratoire d'étude et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL)
<http://www.lasdel.net/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³⁷ http://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/Investigacion-Accion-Participativa_GuiaMetodos_Marzo2015.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ³⁸ Global Network for Health Equity <http://gnhe.org/blog/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- 39 CIET <http://instruct.cietresearch.org/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 40 <http://www.issp.bf/>; <https://www.idrc.ca/en/project/building-capacity-health-systems-and-policy-analysis-sub-saharan-africa> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 41 <https://www.idrc.ca/en/article/boosting-capacity-health-research-africa> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 42 <http://www.chesai.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 43 <http://www.sochara.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 44 <http://www.comcahps.org/2017/01/12/welcome-to-comcahps/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 45 Uso de evidencia para fortalecer los sistemas de salud en África y Oriente Medio (perfil del proyecto) <https://www.idrc.ca/en/project/using-evidence-strengthen-health-systems-africa-and-middle-east> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 46 <http://iimb.ac.in/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017]
(NOTA: esta página solo se abrirá si copia el enlace directamente en su navegador)
- 47 <http://cietresearch.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 48 <http://instruct.cietresearch.org/choice-disability/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 49 Sinopsis: <https://www.idrc.ca/en/project/reducing-hiv-risk-botswana-national-cluster-randomized-controlled-trial>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017]; <http://instruct.cietresearch.org/trial-design/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 50 <http://instruct.cietresearch.org/trial-design/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ⁵¹ <http://hiv.cietresearch.org/es/intervenciones/mas-alla-de-las-victimas-y-los-villanos/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵² <https://www.idrc.ca/en/article/using-evidence-reduce-maternal-deaths-nigeria> [Se accedió el 10 de mayo de 2017].
- ⁵³ <http://nigeria.cietresearch.org/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵⁴ <http://www.ciet.org/es/nigeria-a-health-information-and-planning-system-for-bauchi-and-cross-river-2008-2014/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵⁵ El documental de los métodos de la CIET proporciona una sinopsis que explica el proceso paso a paso. La información sobre la implementación completa de la NEHSI se encuentra disponible en el sitio web de la CIET y resalta el primer ciclo centrado en salud materna y el segundo ciclo enfocado en salud infantil [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵⁶ <http://www.ciet.org/es/auditorias-sociales/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵⁷ Video de la CIET sobre la auditoría social de la NEHSI
<https://www.youtube.com/watch?v=0CyYa8eJNww>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵⁸ <http://nigeria.cietresearch.org/social-audits/demo-social-audit/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁵⁹ <http://www.ciet.org/es/sepa/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶⁰ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=ahHpwqhndg8;>
<https://www.youtube.com/watch?v=bdvN-mId058;>
<https://www.youtube.com/watch?v=clielk8819I>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017]. Para consultar más videos, busque videos NEHSI en www.youtube.com.
- ⁶¹ <http://nigeria.cietresearch.org/most-significant-change/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ⁶² Más información en los documentales de los métodos
<https://www.youtube.com/watch?v=0CyYa8eJNww>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶³ <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/NEHSI-process-document.pdf>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶⁴ https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶⁵ <http://www.lasdel.net/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶⁶ Se pueden encontrar las conclusiones recientes sobre las políticas de exención de tarifas para usuarios de Burkina Faso, Malí y Níger en el suplemento especial verificado por homólogos de la revista de investigación de los servicios de salud BMC de 2016 (volumen 15, suplemento 3), disponible en <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-15-supplement-3>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁶⁷ El porcentaje de cambio en la TMM se basa en números redondeados (OMS et al. 2015: 77).
- ⁶⁸ El progreso hacia los ODM 5A (p. ej., reducir la TMM en 75 % entre 1990 y 2015) se evaluó en los 95 países que tenían una TMM mayor a 100 en 1990. Véanse la sección 4.1 y el Cuadro 5 para obtener detalles adicionales sobre el informe completo: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas (UNPD). Tendencias en la mortalidad materna: 1990 de 2015. Ginebra: OMS; 2015 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>. (OMS et al. 2015: 77) [Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ⁶⁹ https://www.youtube.com/watch?v=UIr_EJM7JbQ
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷⁰ Visite el sitio web <http://uhc-india.org/index.php> para obtener más información, en la que se incluye el informe final del Grupo de Alto Nivel. [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷¹ Para obtener más información: <https://www.idrc.ca/en/project/preparing-states-india-universal-health-coverage-0>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷² http://www.phfi.org/images/home/essential_health_package_for_india.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷³ <http://www.equitap.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷⁴ <https://www.idrc.ca/en/book/financing-health-latin-america-household-spending-and-impoverishment>
[Se accedió el 22 de septiembre de 2017].
- ⁷⁵ https://academic.oup.com/heapol/issue/27/suppl_1
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷⁶ <http://gnhe.org/blog/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷⁷ <http://gnhe.org/blog/2016/01/01/measuring-progress-towards-uhc/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷⁸ Por lo general, se considera que la CSU comprende tres dimensiones: la parte cubierta de la población, el porcentaje de los servicios de salud cubiertos y el grado de protección contra los riesgos financieros. Fuente: OMS
http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁷⁹ <http://gnhe.org/blog/2015/05/11/gnhes-consensus-statement-on-universal-health-coverage-2/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ⁸⁰ Meta 3.8 Lograr la CSU, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸¹ <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸² <https://www.uhc2030.org/news-events/uhc2030-news/article/uhc-indicators-for-sdg-monitoring-framework-agreed-398330/> [Se accedió el 22 de septiembre 2017].
- ⁸³ <http://gnhe.org/blog/uhc-assessments/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸⁴ <http://gnhe.org/blog/uhc-assessments/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸⁵ <http://unsdsn.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸⁶ <http://idris.idrc.ca/app/Search?request=directAccess&projectNumber=107399&language=en> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸⁷ <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸⁸ <https://www.idrc.ca/en/project/fair-path-toward-universal-coverage-national-case-study-ethiopia-uganda-and-zambia> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁸⁹ http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/ [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁰ <http://www.tandfonline.com/toc/rgph20/10/2> [Se accedió el 10 de mayo de 2017].
- ⁹¹ <http://cegss.org.gt/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- ⁹² <https://www.idrc.ca/en/project/enhancing-participation-indigenous-people-address-discrimination-and-promote-equity-health> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹³ Un breve video documental (<http://www.copasah.net/centro-de-estudios-para-la-equidad-y-gobernanza-en-los-sistemas-de-salud.html>) describe con gran claridad la estrategia y los procesos que adoptaron. [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁴ <http://www.cehurd.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁵ <http://www.publichealth.uct.ac.za/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁶ <http://salearningnetwork.weebly.com/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁷ <https://www.equinafrica.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁸ http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zambia_EW_Aug_2011_web.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ⁹⁹ http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zimbabwe_EW_2014.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹⁰⁰ http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Uganda_EW_Nov2011_lfs.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹⁰¹ http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Kenya_EW_Dec2011_lfs.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹⁰² http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Tanzania_EW_January2013.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].

- 103 http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Moz_EW_Eng_Oct2010.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 104 <http://www.ecsahc.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 105 http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional_EW_2012_Part_2w.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 106 http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional_EW_2012_Part_1w.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 107 Publicado en una edición especial de *Journal of Health Diplomacy* [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 108 <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/GHD%20Gov%20Diss%20Paper%20102.pdf>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 109 http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/GHD_Meds_Diss_Paper_104.pdf
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 110 <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/GHD%20Code%20Final%20rep%20Diss103%20June2014.pdf>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 111 <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-15-S3-S4> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 112 <http://www.chesai.org/> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- 113 Comentario realizado durante un taller sobre la elaboración de propuestas organizado por la Organización de la Salud de África Occidental en Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, en octubre de 2012.

- ¹¹⁴ https://academic.oup.com/heapol/issue/29/suppl_2
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹¹⁵ Para obtener más información al respecto, consulte el suplemento especial de 2012 de *Health Policy and Planning* sobre Systems thinking for health systems strengthening in LMICs: Seizing the opportunity. <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/hppsuplications/systemsthinking/en/>
[Se accedió el 9 de mayo de 2017].
- ¹¹⁶ *People and research: improved health systems for West Africans by West Africans*, 2017. *Health Research Policy and Systems* (Volumen 15, suplemento 1).
<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-15-supplement-1>
[Se accedió el 21 de julio de 2017].
- ¹¹⁷ http://institut.veolia.org/sites/g/files/dvc1121/f/assets/documents/2016/08/Knowledge_systems_for_sustainable_development.pdf [Se accedió el 9 de mayo de 2017].

Fuentes y recursos

Aberese Ako, M.; van Djik, H.; Gerrits, T.; Arhinful, D.K.; Agyepong, I.A. (2014). "Your health our concern, our health whose concern?": Perceptions of injustice in organizational relationships and processes and frontline health worker motivation in Ghana. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 2): ii15-ii28. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu068> [Se accedió el 15 de mayo de 2017].

Action for Global Health (2010). *Spending in Uganda: the impact of current aid structures and aid effectiveness*. http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AFGH/Publications/PolicyBriefing1_Final1_LoRes.pdf [Se accedió el 15 de mayo de 2017].

Ahrweiler, H.; Caplan, K.; Charpak, G. et al. (2004). *Knowledge Systems for Sustainable Development*. Paris: Institut Veolia Environnement and Institut Pasteur. http://institut.veolia.org/sites/g/files/dvc1121/f/assets/documents/2016/08/Knowledge_systems_for_sustainable_development.pdf [Se accedió el 15 de mayo de 2017].

Andersson, N. (2011a). Building the community voice into planning: 25 years of methods development in social audit. *BMC Health Services Research* 2011, 11(Suppl 2): S1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/S2/S1> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Andersson, N. (2011b). Proof of impact and pipeline planning: directions and challenges for social audit in the health sector. *BMC Health Services Research* 2011, 11(Suppl 2): S16.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/S2/S16>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Andersson, N.; Omer, K.; Caldwell, D.; Dambam, M.M.; Miakudi, A.Y.; Effiong, B.; Ikpi, E.; Udofia, E.; Khan, A.; Ansari, U.; Ansari, N.; Hamel, C. (2011). Male responsibility and maternal morbidity: a cross-sectional study in two Nigerian states.

BMC Health Services Research 2011, 11(Suppl 2): S7.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/S2/S7>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Andersson, N.; Cockcroft, A. (2012). Choice-Disability and HIV Infection: A Cross Sectional Study of HIV Status in Botswana, Namibia and Swaziland. *AIDS Behav*, 16: 189-198. DOI:

10.1007/s10461-011-9912-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3254870/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Barbiero, V.K. (2014). It's not Ebola It's the systems.

Global Health: Science and Practice, 2(4): 374-375.

<http://www.ghspjournal.org/content/2/4/374.full>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Bergkvist, S.; Wagstaff, A.; Katyal, A.; Singh, P.V.; Samarth, A.; Rao, M. (2014). *What a Difference a State Makes: Health Reform in Andhra Pradesh*. Washington: The World Bank. Development Research Group. Human Development and Public Services Team.

DOI: <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-6883> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Bhatt, P.; Madge, V.; Mor, N.; Singh, A.; Jain, N.;

Balasubramaniam, P. (s.f.). *Developing and Costing State-Flexible Essential Health Package (EHP) for India*. New Delhi: PHFI.

http://www.phfi.org/images/home/essential_health_package_for_india.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Brearley, L., Mohamed, S.; Eriyagama, V.; Elwalagedara, R.; Rannan-Eliya, R.P. (2012). *Impact of maternal and child health private expenditure on poverty and inequity: Review of the literature on the extent and mechanisms by which maternal, newborn and child healthcare expenditures exacerbate poverty with focus on evidence from Asia and the Pacific*. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30156/impact-maternal-child-health-private-expenditure.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Carden, F. (2009). *Knowledge to Policy: Making the Most of Development Research*. Ottawa and New Delhi: IDRC and Sage Publications. <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/37706/1/IDL-37706.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Center for Health, Human Rights and Development (2011). *Advocating for the Right to Reproductive HealthCare in Uganda: The Import of Constitutional Petition No.16 of 2011*. <http://www.cehurd.org/wp-content/uploads/downloads/2012/01/Petition-16-Study.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Center for Health, Human Rights and Development (2015). Comunicado de prensa, 30 de octubre de 2015. <http://www.cehurd.org/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Press-Release-Maternal-Health-Uganda.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

CIET Trust (2006). *Demonstration social audit (multi stakeholder surveillance): Cross River State 2006*. Informe resumido. <http://nigeria.cietresearch.org/files/2013/01/demo-audit-cross-river-summary.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Cockcroft, A.; Usman, M.U.; Nyamucherera, O.F.; Emori, H.; Duke, B.; Umar, N.A.; Andersson, N. (2014). *Why children are not vaccinated against measles: A cross-sectional study in two Nigerian States*. *Archives of Public Health* 2014, 72: 48. <http://www.archpublichealth.com/content/72/1/48> [Se accedió el 15 de mayo de 2017].

Comisión de Planificación de India (2011). *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India*. New Delhi. http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Desai, M.; Phillips-Howard, P.A.; Odhiambo, F.O.; Katana, A.; Ouma, P.; Hamel, M.J.; Omoto, J.; Macharia, S.; van Eijk, A.; Ogwang, S.; Slutsker, L.; Laserson, K.F. (2013). An Analysis of Pregnancy-Related Mortality in the KEMRI/CDC Health and Demographic Surveillance System in Western Kenya. *Plos One*, 8(7): e68733. <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0068733.PDF> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Diarra, A.; Ousseini, A. 2015. The coping strategies of front-line health workers in the context of user fee exemptions in Niger. *BMC Health Services Research* 2015, 15(Suppl 3): S1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/S3/S1> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Dugger, C.W. 2011. Maternal Deaths Focus Harsh Light on Uganda. *The New York Times*, July 29, 2011. <http://www.nytimes.com/2011/07/30/world/africa/30uganda.html> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Ekirapa-Kiracho, E.; Namazzi, G.; Tetui, M.; Mutebi, A.; Waiswa, P.; Htet, O.; Peters, D.H.; George, A. (2016). Unlocking community capabilities for improving maternal and newborn health: participatory action research to improve birth preparedness, health facility access, and newborn care in rural Uganda. *BMC Health Services Research* 2016, 16(Suppl 7): 638. DOI: 10.1186/s12913-016-1864-x. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1864-x> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

EQUINET (2012a). *Regional Equity Watch 2012: Assessing progress towards equity in health - East and Southern Africa*. Harare:

EQUINET. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional_EW_2012_Part_1w.pdf
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

EQUINET (2012b). *Challenging inequities through redistributive health systems*. Harare: EQUINET.
<http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional%20EW%202012%20Part%202w.pdf>
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Every Woman Every Child (UN facilitated working group) (2015). *Survive, Thrive, Transform: Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*.
http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Fan, V.Y.; Karan, A.; Mahal, A. (2012). State health insurance and out-of-pocket health expenditures in Andhra Pradesh, India. *Int J Health Care Finance Econ*, 12(3): 189-215. DOI: 10.1007/s10754-012-9110-5. <https://scholar.harvard.edu/vfan/publications/state-health-insurance-and-out-pocket-health-expenditures-andhra-pradesh-india>
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Fidler, D.P. (2009). Background paper on Developing a Research Agenda for the Bellagio Meeting #1, 23-26 March 2009. *Globalization, Trade and Health Working Papers Series*, Ginebra: OMS.

Flores, W.; Ruano, A.L.; Funchal, D.P. (2009). Social participation within a context of political violence: Implications for the promotion and exercise of the right to health in Guatemala. *Health and Human Rights*, 11(1). <https://www.hhrjournal.org/2013/09/social-participation-within-a-context-of-political-violence-implications-for-the-promotion-and-exercise-of-the-right-to-health-in-guatemala/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004). Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994: Pocket Edition. http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf [Se accedió el 10 de mayo de 2017].

Gates, B. (2015). The next epidemic – lessons from Ebola. *The New England Journal of Medicine*, 372: 1381-1384. DOI: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1502918> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Germain, A.; Sen, G.; Garcia-Moreno, C.; Shankar, M. (2015). Advancing sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: Implications for the post-2015 global development agenda. *Global Public Health*, 10(2): 137-148. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318089/pdf/rgph-10-137.pdf> [Se accedió el 15 de mayo de 2017].

Global summit to end sexual violence in conflict (2014). <https://www.gov.uk/government/collections/2014-global-summit-to-end-sexual-violence-in-conflict> [Se accedió el 29 de abril de 2017].

Gobierno de la India. Ministry of Health and Family Welfare. National Commission on Macroeconomics and Health (2005). *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. New Delhi: Ministry. <http://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf?ua=1> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Gobierno de Mozambique. Ministry of Health, TARSC/EQUINET (2010). *Equity Watch 2010: Assessing Progress towards Equity in Health in Mozambique*. Maputo and Harare. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Moz_EW_Eng_Oct2010.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Gobierno de Nigeria (2013). *Nigeria Millennium Development Goals 2013 Report*. http://www.ng.undp.org/content/dam/nigeria/docs/MDGs/UNDP_NG_MDGsReport2013.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Gobierno de Nigeria (2014). *Building a culture of evidence-based planning: a process document*. The Nigeria evidence-based health system initiative (NEHSI) approach in Bauchi and Cross Rivers States. Ottawa: International Development Research Centre and Foreign Affairs, Trade and Development Canada, Government of Canada. <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/NEHSI-process-document.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Gostin, L.; Friedman, E. (2015). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980): 1902-1909. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60644-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60644-4/abstract) [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Goudge, J.; Akazili, J.; Ataguba, J.; Kuwawenaruwa, A.; Borghi, J.; Harris, B.; Mills, A. (2012). Social solidarity and willingness to tolerate risk- and income-related cross-subsidies within health insurance: experiences from Ghana, Tanzania and South Africa. *Health Policy Plan*, 27(Suppl_1): i55-i63. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs008> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Green, A. (2016). West African countries focus on post-Ebola recovery plans. *www.thelancet.com*, 388: 2463-2465. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32219-X/fulltext?rss%3Dyes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32219-X/fulltext?rss%3Dyes) [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Grupo Temático de Salud para Todas las Redes de Soluciones para el Desarrollo Sostenible (2014). *Health in the framework of sustainable development: Technical report for the post 2015 development agenda*. Paris and New York: Sustainable Development Solutions Network. <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Heymann, D.L.; Chen, L.; Takemi, K. et al. (2015). Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *The Lancet*, 385(9980): 1884-1901. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60858-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60858-3/abstract) [Se accedió el 15 de mayo de 2017].

Horton, R. (2014). Offline: The third revolution in global health. *The Lancet*, 383(9929): 1620. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60769-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60769-8). [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60769-8/fulltext?rss%3Dyes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60769-8/fulltext?rss%3Dyes) [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Ifakara Health Institute, Ministry of Health and Social Welfare, Training and Research Support Centre (2012). *Equity Watch 2012: Assessing progress towards equity in health in Tanzania*. Dar es Salaam and Harare: EQUINET. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Tanzania_EW_January2013.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2016). *Financing Global Health 2015: Development assistance steady on the path to new Global Goals*. Seattle, WA: IHME. http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2016/IHME_PolicyReport_FGH_2015.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

International Center for Research on Women (2016a). Child Marriage Around the World. <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

International Center for Research on Women (2016b). Sexual and Reproductive Health and Rights. <https://www.icrw.org/issues/reproductive-health/> [Se accedió el 29 de abril de 2017].

International Development Research Centre (2014). Research findings are catalyst to nationwide rollout of HIV prevention program in Botswana. <https://www.idrc.ca/en/article/research-findings-are-catalyst-nationwide-rollout-hiv-prevention-program-botswana> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

International Development Research Centre (2015). *Final Prospectus Report on Governance for Equity in Health Systems*. Ottawa: IDRC. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/55338> [Se accedió el 9 de mayo de 2017]

International Development Research Centre (s.f.). Maternal Health: Making Health Systems Work for Mother and Child. Ottawa: IDRC. <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/GEHS-Maternal-Health.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Irwin, R.; Loewenson, R. (2015). Health diplomacy: perspectives from east and southern Africa. *Journal of Health Diplomacy*, 1(3): 1-3. https://media.wix.com/ugd/35c673_c85577fa97964c7b8c66304a2499.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Iyer, A.; Sen, G.; Ostlin, P. (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. En Sen, G.; Ostlin, P. (editores). *Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It*, *Global Public Health*, 3(2): Suppl. 1. DOI: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441690801892174> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Iyer, A.; Sen, G.; Sreevathsa, A. (2013). Deciphering Rashomon: An approach to verbal autopsies of maternal death. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 8(4): 389-404. DOI: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2013.772219> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Iyer, A.; Sen, G.; Sreevathsa, A.; Varadan, V. (2012). Verbal autopsies of maternal deaths in Koppal, Karnataka: Lessons from the grave. *BMC Proceedings*, 6(Suppl 1): P2. <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/6/S1/P2> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Mustang Management Consultants, Ministry of Public Health and Sanitation, Training and Research Support Centre (2011). *Equity Watch 2011: Assessing Progress towards Equity in Health in Kenya*. Nairobi and Harare: KEMRI and EQUINET. http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Kenya_EW_Dec2011_lfs.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Kieny, M-P.; Evans, D.; Schmets, G.; Kadandale, S. (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ*, 92: 850 DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.149278> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Knaul, F.M.; Wong, R.; Arreola-Ornelas, H. (2012). Household Spending and Impoverishment. *Financing Health in Latin America Series*, Volume 1. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre. <https://www.idrc.ca/en/book/financing-health-latin-america-household-spending-and-impoverishment> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Kucharski, A.J.; Piot, P. (2014). Containing Ebola virus infection in West Africa. *Euro Surveill*. 2014; 19(36): pii=20899. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.36.20899>. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20899> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Ledogar, R.; Andersson, N. (2002). Social Audits: Fostering Accountability to Local Constituencies. *Capacity.org*, 15, October 22, 2002. http://www.ciet.org/_documents/200794114231.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Lee, K.; Smith, R. (2011). What is 'global health diplomacy'? A conceptual review. *Global Health Governance*, V(1). http://www.ghd-net.org/sites/default/files/Lee-and-Smith_What-is-Global-Health-Diplomacy_Fall-2011_0.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Loaiza, E.; Liang, M. (2013). *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence*. New York: UNFPA. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Loewenson, R.; Laurell, A.C.; Hogstedt, C.; D'Ambruso, L.; Shroff, Z. (2014). *Participatory action research in health systems: A methods reader*. Harare: TARSC, AHPSR, OMS, International Development Research Centre, EQUINET. <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

London, L.; Mulumba, M. (2013). Project Title: Health System Governance: Community Participation as a key strategy for realising the Right to Health. Cape Town and Kampala. http://salearningnetwork.weebly.com/uploads/6/5/0/1/6501954/idrc_first_report_feb_2013.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Maine, D.; Rosenfield, A. (1999). The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 89: 480-482.

Maximizing Positive Synergies Academic Consortium (2009). *Interactions between global health initiatives and health systems: evidence from countries*. June 2009. http://www.who.int/healthsystems/publications/MPS_academic_case_studies_Book_01.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

McIntyre, D.; Mills, A. (2012). Research to support universal coverage reforms in Africa: the SHIELD project. *Health Policy and Planning* 2012, 27(Suppl 1): i1-i3. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs017> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

McIntyre, D.; Kutzin, J. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/health_financing/tools/diagnostic/en/ [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Mhatre, S.; Schryer-Roy, A.-M. (2009). The fallacy of coverage: uncovering disparities to improve immunization rates through evidence. Results from the Canadian International Immunization Initiative Phase 2 – Operational Research Grants. *BMC International Health and Human Rights* 2009, 9(Suppl 1): S1. DOI: 10.1186/1472-698X-9-S1-S1. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9/S1/S1> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Mills, A. (2012). Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. *Health Policy and Planning*, 27(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr006> [Se accedió el 10 de abril de 2017]

Mulumba, M. (2016). How the death of two Ugandan mothers is helping entrench the right to health care. *HuffPost*. http://www.huffingtonpost.com/the-conversation-africa/how-the-death-of-two-ugandan_b_9287790.html [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Narasimhan, H.; Boddu, V.; Singh, P.; Katyal, A.; Bergkvist, S.; Rao, M. (2014). The Best Laid Plans: Access to the Rajiv Aarogyasri community health insurance scheme of Andhra Pradesh. *Health, Culture and Society*, 6(1): 85-97. DOI: 10.5195/hcs.2014.163. <http://hcs.pitt.edu> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Odu, B.P.; Mitchell, S.; Isa, H.; Ugot, I.; Yusuf, R.; Cockcroft, A.; Andersson, N. (2015). Equity and seeking treatment for young children with fever in Nigeria: a cross-sectional study in Cross River and Bauchi States. *Infectious Diseases of Poverty*, 3: 1. <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-9957-4-1>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322819/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Olivier de Sardan, J.P. (2003). L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants. *Études et Travaux*, n. 13. <http://www.lasdel.net/index.php/nos-activites/etudes-travaux/70-n-13-l-enquete-socio-anthropologique-de-terrain-synthese-methodologique-et-recommandations-a-usage-des-etudiants-par-j-p-olivier-de-sardan-2003> [Se accedió el 5 de mayo de 2017].

Olivier de Sardan, J.P. (2015). Health fee exemptions: controversies and misunderstandings around a research programme. Researchers and the public debate. *BMC Health Services Research* 2015, 15(Suppl 3): S4. DOI: 10.1186/1472-6963-15-S3-S4. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-15-S3-S4> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Olivier de Sardan, J.P.; Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: Theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research* 2015, 15(Suppl 3): S3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/S3/S3> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Omer, K.; Afi, N.J.; Baba, M.C.; Adamu, M.; Malami, S.A.; Oyo-Ita, A.; Cockcroft, A.; Andersson, N. (2014). Seeking evidence to support efforts to increase use of antenatal care: a cross-sectional study in two states of Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14: 380. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/380> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

ONUSIDA (2016). Ficha descriptiva. Estadísticas mundiales sobre el VIH. julio 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf [Se accedió el 22 de septiembre de 2017].

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaration of Alma-Ata. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. <http://www.who.int/whr/2000/es/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008 - La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1 [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010 - Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS. <http://www.who.int/whr/2010/es/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS. <http://www.who.int/whr/es/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2014). *Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Ginebra: OMS. http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/ [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2016a). *El embarazo en la adolescencia*. Ficha descriptiva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud (2016b). *Mortalidad materna*. Ficha descriptiva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud. Oficina regional para África (2017). African Health Observatory. Analytical Summary – Health Financing System: Uganda. http://www.who.int/ahro/analytical_summaries/uganda [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud and Commission on Social Determinants of Health (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1 [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Patton, M.Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York: The Guilford Press.

People and research: improved health systems for West Africans by West Africans (2017). *Health Research Policy and Systems*, 15(Suppl 1). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-15-supplement-1> [Se accedió el 21 de julio de 2017].

Pothapregada, S.; Atun, R. (2009). Interactions between health systems and Global Fund-supported TB and HIV programmes. In: Maximizing Positive Synergies Academic Consortium. *Interactions between global health initiatives and health systems: evidence from countries*. June 2009; pp. 65-73.

Rannan-Eliya, R.P.; Anuranga, C.; Chandrasiri, J.; Hafez, R.; Kasthuri, G.; Wickramasinghe, R.; Jayanthan, J. (2012). *Impact of out-of-pocket expenditures on families and barriers to use of maternal and child health services in Asia and the Pacific: Evidence from national household surveys of healthcare use and expenditures - Summary technical report*. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30345/impact-oop-expenditures-mnch-services-asia-pacific.pdf> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Rao, M.; Kalyal, A.; Singh, P.V.; Samarth, A.; Bergkvist, S.; Kancharla, M.; Wagstaff, A.; Netuveli, G.; Renton, A. (2014). Changes in addressing inequalities in access to hospital care in Andhra Pradesh and Maharashtra states of India: A difference-in-differences study using repeated crosssectional surveys. *BMJ Open* 2014; 4:e004471. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004471. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/6/e004471.short> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Rosenfield, A.; Maine, D. (1985). Maternal mortality - a neglected tragedy. Where is the 'M' in MCH? *The Lancet*, 326(8446): 83-85.

Save the Children (2015). *A wake-up call: lessons from Ebola for the world's health systems*. London: Save the Children.

<http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/wake-call-0> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Say, L.; Chou, D.; Gemmill, A.; Tunçalp, Ö.; Moller, A-B.; Daniels, J.; Gülmezoglu, A.M.; Temmerman, M.; Alkema, L. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6): e323-e333.

[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Sen, G.; Germain, A.; Chen, L. (1994). *Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Boston: Harvard Center for Population and Development Studies.

Sen, G.; Govender, V. (2015) Sexual and reproductive health and rights in changing health systems. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 10:2, 228-242 [Se accedió el 10 de mayo de 2017].

Sen, G.; Iyer, A. (2012). Who gains, who loses and how: Leveraging gender and class intersections to secure health entitlements. *Social Science & Medicine*, 72: 1802-1811.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611003236> [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Sen, G.; Iyer, A. (2016). The mechanisms of intersecting social inequalities in health, *BMJ Global Health* 2016, 1(Suppl 1): A35-A36. http://gh.bmj.com/content/1/Suppl_1/A35
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Sen, G.; Iyer, A.; Mukherjee, C. (2009). A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3): 397-415. DOI: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19452820903048894?scroll=top&needAccess=true>
[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Sidibé, M. (2016). Universal health coverage: political courage to leave no one behind. *www.thelancet.com/lancetgh*, 4: e355-e356. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(16\)30072-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(16)30072-9.pdf) [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Singh, S.; Habte, D.; Brown, G. (2010). External review of the Governance Equity and Health Program: findings brief. Ottawa: IDRC. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/47167> [Se accedió el 9 de mayo de 2017].

Training and Research Support Centre and Ministry of Health and Child Care, Zimbabwe (2014). *Zimbabwe Equity Watch 2014: Assessing Progress toward Equity in Health - Zimbabwe*. Harare: TARSC, MoHCC, EQUINET. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zimbabwe_EW_2014.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

UNICEF (1987). *Annual report 1987* [Online]. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/about/history/files/unicef_annual_report_1987.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health Zambia, TARSC, EQUINET (2011). *Equity Watch 2011: Assessing Progress towards Equity in Health - Zambia*, EQUINET: Lusaka and Harare. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zambia_EW_Aug_2011_web.pdf [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Wigmore, R. (2015). Contextualising Ebola rumours from a political, historical and social perspective to understand people's perceptions of Ebola and the responses to it. Ebola Response Anthropology Platform. http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/contextualising-ebola-rumours-from-a-political-historical-and-social-perspective-to-understand-peoples-perceptions-of-ebola-and-the-responses-to-it/ [Se accedió el 10 de abril de 2017].

Wilkinson, A.; Leach, M. (2014). Briefing: Ebola – Myths, Realities, and Structural Violence. *African Affairs*, 114(454): 136-148. DOI: 10.1093/afraf/adu080. <https://academic.oup.com/afraf/article-lookup/doi/10.1093/afraf/adu080>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Wilson, N. (2015). Safe delivery: How one organization is using the law to improve maternal and child health in Uganda.

Canadian Geographic. <http://idrc.canadiangeographic.ca/blog/improving-maternal-child-care-uganda.asp?platform=hootsuite>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Woog, V.; Singh, S.; Browne, A.; Philbin, J. (2015). Adolescent Women's Need for and Use of Sexual and Reproductive Health Services in Developing Countries. Guttmacher Institute.

<https://www.guttmacher.org/report/adolescent-womens-need-and-use-sexual-and-reproductive-health-services-developing-countries>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Wurie, H. (2014). Ebola's collision with the Sierra Leone post-conflict health system, Blog post, Health Systems Global,

September 30, 2014. <http://healthsystemsglobal.org/blog/14/Ebola-s-collision-with-the-Sierra-Leone-post-conflicthealthsystem.html>

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

Yamin, A.; Boulanger, V. (2014). Why Global Goals and Indicators Matter: The Experience of Sexual and Reproductive Health and Rights in the Millennium Development Goals. *Journal of Human Development and Capabilities*, 15(2-3): 218-231.

Zikusooka, C.M.; Loewenson, R.; Tumwine, M.; Mulumba, M. (2010). *Equity Watch 2011: Assessing progress towards equity in health - Uganda*. Kampala and Harare: EQUINET.

http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Uganda_EW_Nov2011_lfs.pdf

[Se accedió el 10 de abril de 2017].

El editor

El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) de Canadá financia investigación aplicada en los países en desarrollo para aumentar la prosperidad y la seguridad, y fomentar la democracia y el Estado de Derecho, como parte de los esfuerzos de Canadá en apoyo al desarrollo internacional. Promovemos el crecimiento y el desarrollo e impulsamos el intercambio de conocimientos con los responsables de políticas, otros investigadores y las comunidades en todo el mundo. El resultado son soluciones innovadoras y duraderas dirigidas a lograr un cambio para aquellos que más lo necesitan.

Libros del IDRC publica resultados de las investigaciones y estudios académicos sobre temas globales y regionales relativos al desarrollo sostenible y equitativo. Como especialista en literatura de desarrollo, Libros del IDRC contribuye al acervo de saber sobre estos temas con el fin de promover la causa del entendimiento y la equidad mundiales. El catálogo completo está disponible en www.idrc.ca.