



LAS COMUNIDADES AFRICANAS, EN PRIMER PLANO



AMREF

Flying Doctors

**ESTRATEGIA
2007 - 2017**

Índice de Contenidos

Presencia de AMREF en África	2
Glosario de Términos	3
Abreviaturas y Acrónimos	5
Resumen Ejecutivo	7
La Estrategia de AMREF para 2007-2017	9
Capítulo 1: Visión, Misión y Valores	10
Capítulo 2: Historia y Ventaja Competitiva	15
Capítulo 3: Las desigualdades en el sistema de salud	21
El contexto sanitario	22
El contexto de los recursos humanos	25
Las desigualdades entre comunidades y el resto del sistema de salud	26
Reducir las desigualdades	29
Capítulo 4: La Estrategia	31
Declaración del Objetivo	32
Principios programáticos	32
Contenidos Programáticos	32
Alianzas con comunidades para lograr una mejora de salud	33
Desarrollo de capacidades para fortalecer las comunidades y mejorar la capacidad de reacción de los sistemas de salud	34
Investigación de los sistemas de salud para el desarrollo de políticas y prácticas pertinentes	37
Análisis y reducción del impacto de riesgos	40
Capítulo 5: Mecanismos de Implementación, Monitorización y Evaluación	41
Capítulo 6: Organización	45
Capítulo 7: Conclusión	51

PRESENCIA DE AMREF EN ÁFRICA



Principales países del programa



Países en los que AMREF ha prestado asistencia técnica



Alcance del programa de formación

Glosario de Términos

Comunidad: El concepto de “comunidad” ha cambiado a lo largo del tiempo. En el pasado, las comunidades eran consideradas como homogéneas, geográficamente concentradas y estables en el tiempo. Hoy tienden a ser temporales, culturalmente diversas, móviles y unidas por necesidades comunes en lugar de por intereses comunes. Se unen en torno a grupos tales como asentamientos, escuelas, fábricas e instituciones religiosas. Los asentamientos urbanos informales de rápido crecimiento son el ejemplo más claro del nuevo y emergente concepto africano de comunidad. Cada vez más, las comunidades se organizan en organizaciones de la sociedad civil (OSC) y en organizaciones comunitarias (OC), y desarrollan capacidades para identificar prioridades, necesidades y soluciones a problemas. La emergencia de estos grupos proporciona la continuidad y el compromiso a largo plazo necesarios para un desarrollo sostenible.

Empoderamiento: En el contexto de la estrategia de AMREF, empoderamiento se refiere al desarrollo de la fortaleza, de las competencias, de la voz y de la confianza de los trabajadores sanitarios y de las comunidades donde trabajan, permitiéndoles participar en el trabajo del programa, para identificar sus propias fortalezas, debilidades y necesidades y participar en alianzas que contribuyan a resolver problemas y a monitorizar el progreso.

Equidad: Aunque el concepto de equidad es aplicable a muchas áreas distintas, AMREF considera la equidad como el acceso en igualdad de condiciones a un sistema sanitario de calidad, en ausencia de prácticas discriminatorias.

Promoción basada en la evidencia: AMREF utiliza la “promoción basada en la evidencia” referida a un conjunto de actividades que buscan influir en el desarrollo de políticas y prácticas, basados en datos fiables y documentados de investigación, dirigidos a un público definido de personas con poder de toma de decisiones.

Sistema de Salud: AMREF considera la comunidad como el principio organizativo del sistema de salud, y define sistema de salud de un modo deliberadamente inclusivo. Es decir, el sistema de salud de un país incluye

- el sector formal de salud, público y privado
- instituciones de formación en atención sanitaria
- sectores informales y comunitarios, incluidas organizaciones de la sociedad civil (OSC) y organizaciones comunitarias (OC)

Y, lo más importante, las comunidades a las que sirven.

El “extremo periférico del sistema de salud” se refiere al nivel de distrito y de comunidad.

Principios programáticos: Los principios programáticos son parámetros orientados a procesos y aplicados a todas las actividades, que aseguran que la estrategia y las intervenciones de AMREF sean integrales, integradas y centradas en la mejora del sistema de salud en general.

Las desigualdades: Las comunidades deben ser un vínculo integral en cualquier sistema de salud creado para servirles. Desafortunadamente, esto no es siempre así, especialmente cuando la comunidad es pobre, vulnerable, marginada o remota. Las desigualdades se refieren a la desconexión entre las comunidades (incluido el sector informal del sistema de salud) y el resto del sistema de salud, que causa disfunción en la promoción de la salud, en la prevención y en la prestación de servicio de atención sanitaria y contribuye al deterioro del estado de salud, especialmente entre los grupos pobres, vulnerable y marginados.

Abreviaturas y Acrónimos

AIEPI Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia

AMREF Fundación Africana para la Medicina y la Investigación

APN Atención Prenatal

ARV Antirretroviral

ASC Atención Sanitaria Comunitaria

CIDA Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional

DFID-WELL Departamento para el Desarrollo Internacional y el Proyecto WELL

DPT Difteria, Pertussis y Tétano

DRHS Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

EDS Encuesta Demográfica y de Salud

EGSD Equipo de Gestión de Salud de Distrito

ETS Enfermedad de Transmisión Sexual

FPNU Fondo de Población de las Naciones Unidas

ITS Infección de Transmisión Sexual

M&E Monitorización y Evaluación

MS Ministerio de Salud

OC Organización Comunitaria

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo

OCR Organización de Carácter Religioso

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización no gubernamental

OSC Organización de la Sociedad Civil

PEPFAR Plan Presidencial de Emergencia para el Alivio del SIDA

RRHH Recursos Humanos

Sida Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIGS Sistema de Información de Gestión de la Salud

STOD Servicio de Tratamiento de Observación Directa (para Tuberculosis)

TAR Terapia Antirretroviral

TB Tuberculosis

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen Ejecutivo

Introducción

La Fundación Africana para la Medicina y la Investigación (AMREF) fue fundada en 1957 como una organización africana de desarrollo sanitario por tres cirujanos reconstructivos que trabajaban en Kenia a quienes preocupaba el hecho de que los africanos de las zonas rurales no estaban teniendo acceso a la atención quirúrgica que precisaban. Los cirujanos concluyeron que si los pacientes no podían llegar a ellos, ellos tendrían que llegar a los pacientes – y así nacieron los “Flying Doctors” (“Doctores Voladores”). Continuando con la tradición de las soluciones innovadoras, en la actualidad, AMREF realiza intervenciones pioneras que dan lugar a importantes mejoras en la atención sanitaria en Kenia y más allá.

Si bien los esfuerzos de prestación de servicio de AMREF en primera línea han salvado muchas vidas, hemos aprendido a lo largo de estos años que los programas verticales de tratamiento de enfermedades no son en sí mismos suficientes para mejorar la salud general de las poblaciones a las que servimos. Por tanto, en el último periodo estratégico de AMREF, de 2000-2005, “Mejor Salud para África”, nuestro papel se alejó del modelo basado en la mera prestación de servicios para acercarse más a un modelo en el que el énfasis se pone sobre el fomento de las capacidades, la investigación de operaciones y la promoción.

En este año en el que AMREF cumple 50 años, refinamos aún más nuestra estrategia para que en los próximos diez años podamos sacar más provecho a nuestros actuales programas. El razonamiento detrás de este cambio es que AMREF es muy consciente de las desigualdades entre las comunidades vulnerables y el resto del sistema de salud. Estas comunidades suelen estar en zonas geográficamente remotas, aunque no siempre. Sin embargo, en todos los casos son remotas en términos políticos, distantes de las personas con toma de decisión y los gestores del sistema de salud. Por tanto, tienen escasas oportunidades de contribuir a las decisiones que afectan a las políticas sobre sus propias necesidades sanitarias o los modos en los que reciben los servicios sanitarios.

Las desigualdades existen a pesar del incremento del gasto de gobiernos y donantes y a pesar de los éxitos en la prevención y el tratamiento de enfermedades comunes. Además, carencias en la gestión de la financiación han acelerado el deterioro de la infraestructura de salud periférica, minando aún más la promoción de la salud y la calidad y la eficiencia de los servicios preventivos básicos a los niveles de comunidad, centro de salud y distrito.

Desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud

Aunque los sistemas de salud africanos están diseñados para llegar a todas las comunidades, los sistemas se encuentran colapsados por la carga de enfermedades aparentemente intratables, unos recursos humanos insuficientes, errores de desarrollo organizativo, cuestiones de financiación y,

lo más importante para la estrategia 2007-2017 de AMREF, una participación e involucración comunitaria insuficiente, desde el diseño, pasando por la implementación y hasta la evaluación de los servicios. Las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud se reflejan, en los siguientes aspectos, entre otros:

- barreras de comunicación que comprometen la posibilidad de compartir información y cierta reticencia a garantizar a las comunidades una voz en la toma de decisiones
- desconexión entre el sector de salud informal (por ejemplo, trabajadores de atención sanitaria comunitaria y proveedores de salud tradicionales) y aquellos que trabajan en el sector formal
- pérdida de oportunidades para incrementar la promoción de la salud y los esfuerzos de atención preventiva en las comunidades
- problemas de acceso y utilización de servicios de calidad
- pobre recopilación de datos e investigación acerca de las necesidades, fortalezas y debilidades para formular políticas pertinentes
- sistemas de referencia y acceso a servicios especialistas comprometidos o ineficaces

La Estrategia de AMREF para 2007-2017

Para ayudar a reducir esas desigualdades, la estrategia de AMREF, guiada por nuestra misión, nuestra visión y nuestros valores, busca generar una cultura amplia de promoción, prevención y atención sanitaria en el panorama de la salud africana. Trabajaremos en colaboración estrecha con socios en todas las fases, especialmente con comunidades pobres y marginadas, para incluirlas en una relación integral y dinámica con sus sistemas de salud, permitiéndoles lograr su pleno potencial en materia de salud, como es su derecho. Al mismo tiempo, AMREF dirigirá sus esfuerzos de promoción de capacidades e investigación hacia desarrollar y probar modelos que ayuden a hacer que los sistemas de salud respondan mejor a las necesidades de sus comunidades. El conocimiento será un producto básico y se utilizará para influir en la política y en la práctica.

Objetivo de la Estrategia

Mejorar la salud en África impulsando un movimiento basado en la evidencia dirigido a reducir las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud.

Principios programáticos

AMREF es muy consciente de que las presiones por retornar a un programa de intervenciones puramente orientadas al tratamiento de enfermedades serán difíciles de resistir. Para contrarrestar estas presiones y garantizar que AMREF actúe de forma integral e integrada, aplicaremos una serie de principios programáticos basados en procesos que reflejan nuestros valores y a los que deben responder todas las intervenciones. Por ejemplo, los principios programáticos asegurarán que nuestras intervenciones sean a favor de los más desfavorecidos, culturalmente sensibles y que la perspectiva de género se incorpore en todas las actividades.

Contenidos programáticos

Para este periodo estratégico, AMREF ha optado por centrarse en tres temáticas relacionadas entre sí.

1. Alianzas con las comunidades para lograr una mejora de la salud

Para que los sistemas de salud respondan mejor a las necesidades de los pobres, deben colocar a las personas en el centro, asegurar un uso más amplio del conocimiento indígena y promover el liderazgo informado. Hacer que los sistemas de salud respondan a las necesidades y prioridades de salud de las comunidades y reequilibrar la carga desproporcionada de enfermedades y amenazas a la salud que afectan a los pobres requerirá el desarrollo de un marco para la participación de las comunidades e intervenciones de salud basadas en conocimiento y en opciones de políticas pragmáticas.

2. Desarrollo de capacidades para fortalecer las comunidades y mejorar la capacidad de reacción de los sistemas de salud

Para mejorar la capacidad de respuesta del sector formal de los sistemas de salud a las necesidades de salud de las comunidades, las áreas prioritarias que abordará AMREF son: sistemas de información de gestión de la salud (SIGS) tanto en los niveles informales como formales del sector de salud; mejorar las capacidades de los trabajadores sanitarios, especialmente las de los trabajadores sanitarios en las comunidades; y el desarrollo organizativo de organizaciones de la sociedad civil relacionadas con la salud.

3. Investigación de los sistemas de salud para el desarrollo de políticas y prácticas pertinentes

AMREF ampliará sus capacidades de investigación y análisis de políticas para obtener datos fiables con respecto a las políticas y prácticas que contribuirán a reducir las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud. Este tema también proporcionará los datos para las temáticas 1 y 2 y viceversa. El conocimiento es un producto básico y será la base para formar alianzas estratégicas que promuevan los cambios apropiados en las políticas y prácticas de salud africanas. AMREF ha incluido su agenda de investigación en esta estrategia.

Análisis y reducción del impacto de riesgos

Hemos considerado los riesgos probables a los que se enfrentará AMREF en la implementación de esta estrategia y hemos desarrollado un conjunto de acciones para reducir su impacto. En el plan de implementación se proporcionarán más detalles; en este documento describimos seis grandes riesgos identificados por AMREF y las acciones que se adoptarán para reducir su impacto.

Mecanismos de Implementación, Monitorización y Evaluación (M&E)

Nuestras intervenciones se implementarán mediante varios mecanismos, incluida la resolución de problemas basado en la comunidad, acuerdos institucionales innovadores, formación y asistencia técnica, entre otros. AMREF seguirá proporcionando prestación de servicios pero lo utilizará como un mecanismo de implementación en el contexto de nuestras tres temáticas programáticas en lugar de como el único componente de un programa vertical basado en enfermedades. La prestación de servicios también supondrá una oportunidad de aprendizaje, aportando evidencia para mejorar las políticas y prácticas.

En el transcurso de los próximos 10 años, AMREF monitorizará de cerca sus intervenciones y evaluará el progreso. Para nuestro plan completo de implementación, monitorización y evaluación hemos preparado un documento que acompaña al de esta estrategia.

Organización

El Consejo de Administración de AMREF asegura que AMREF sea gestionada de acuerdo con la estrategia y las políticas que aprueba. Esto incluye su misión, su gestión financiera y de recursos humanos y tiene en cuenta el marco global en el que opera AMREF.

AMREF proporciona un flujo de información a oficinas nacionales y sus socios para apoyar la recaudación de fondos. Su sitio web, actualmente con 1 millón de visitas al mes, ofrece una herramienta completa y fácil de navegar y soporta este flujo de información.

Asegurar la calidad allí donde AMREF ya está presente y encontrar modos coste-efectivos de extender la huella de AMREF dentro de África forma parte de la nueva estrategia. En el proceso de implementación, AMREF explorará tres mecanismos: desarrollar alianzas estratégicas, extender el programa de formación de AMREF con socios en nuevos países dispuestos a proporcionar las instalaciones y el personal; y crear centros regionales en el cuerno de África, Sur de África y África Occidental.

En conclusión, en AMREF, en colaboración con nuestros socios, pretendemos colocar la reducción de las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud al frente de la agenda de desarrollo para mejorar la salud de África.

Capítulo 1

Visión, Misión, Principios y Valores

Visión

Mejor Salud para África

Misión

AMREF está comprometida con AFRICA y con la salud en África. Su objetivo es lograr que cada africano pueda disfrutar del derecho a una buena salud, fomentando la creación de redes dinámicas de comunidades informadas que trabajen junto a los profesionales de la salud en el empoderamiento y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Principios y Valores

La salud como un derecho humano

AMREF cree en la salud como un derecho humano básico y sus programas tienen un enfoque basado en derechos.

Atender a los más desfavorecidos

AMREF identifica prioridades y asigna recursos en base a cómo atender a los más desfavorecidos, dando prioridad a las personas y a las comunidades que creemos están en una situación más vulnerable.

Empoderar a las comunidades

AMREF cree que las comunidades cuentan con recursos y que es esencial empoderar a las comunidades para mejorar la salud individual y comunitaria. Trabajamos con y para las comunidades, dando prioridad a los intereses y opiniones de las comunidades.

Alianzas estratégicas

AMREF cree en las alianzas estratégicas como forma de realizar intervenciones exitosas y sostenibles. AMREF desarrolla y fomenta alianzas con organizaciones que comparten nuestros valores y enfoque estratégico.

Equidad de género

AMREF tiene el compromiso de incorporar la perspectiva de género en todas sus intervenciones. AMREF se esfuerza por abolir las desigualdades de género, haciendo un esfuerzo por eliminar prácticas injustas y promover el bienestar de ambos sexos.

No discriminación

Adhiriéndose a convenios internacionales, AMREF no tolera la discriminación por motivo de sexo, religión, raza o cultura, ni internamente ni en sus programas e intervenciones.

Profesionalidad

AMREF establece estándares profesionales, éticos y médicos altos y realiza un seguimiento detallado de los mismos dentro de nuestros proyectos, entre nosotros y entre nuestros socios.

Transparencia y rendición de cuentas

AMREF cree en la comunicación honesta, en la absoluta apertura y en el uso transparente de la influencia, el poder y los recursos.

AMREF tiene una política de tolerancia cero con la corrupción, tanto dentro de la Fundación como en nuestras relaciones con agencias externas.

Sostenibilidad

A través de la promoción y del empoderamiento, AMREF lucha por que las comunidades y el resto del sistema de salud puedan sostener intervenciones diseñadas e implementadas mutuamente.

Sistema de políticas y prácticas basadas en la evidencia

AMREF utiliza su trabajo de raíz con comunidades africanas para generar y documentar datos para influir en las políticas y prácticas de donantes/gobiernos que aportan beneficios duraderos a los grupos y comunidades más vulnerables.

Innovación

AMREF tiene un compromiso con la innovación en su trabajo y en el trabajo de sus socios. Estamos constantemente desarrollando y fomentando nuevos y efectivos métodos y herramientas para mejorar la salud de las comunidades.

Protección del medioambiente

AMREF tiene el compromiso de desarrollar y mantener políticas de protección medioambiental, sólidas y firmes, en todas sus actividades.

Capítulo 2

Historia y Ventaja Comparativa

Historia

La Fundación Africana para la Medicina y la Investigación (AMREF) fue fundada en 1957 por tres cirujanos reconstructivos que trabajaban en Kenia a quienes preocupaba el hecho de que los africanos de las zonas rurales no estaban teniendo acceso a la atención quirúrgica que precisaban. Los cirujanos concluyeron que si los pacientes no podían llegar a ellos, ellos tendrían que llegar a los pacientes, y así nacieron los “Flying Doctors” (“Doctores Voladores”).

Continuando con la tradición de las soluciones innovadoras, en la actualidad, AMREF realiza intervenciones pioneras que dan lugar a importantes mejoras en la atención sanitaria en Kenia y más allá. El programa base se ha expandido para incluir Etiopía, Sudáfrica, Sudán del Sur, Somalia, Tanzania y Uganda. Además, AMREF es socio de programas en varios otros países subsaharianos.

En los últimos 50 años, la Fundación ha trabajado de forma constante con los sectores más pobres de la población (quintil económico más bajo), poblaciones marginadas rurales y urbanas, nómadas, personas en campamentos de refugiados internos, y personas en situación de inseguridad crónica. Nos dirigimos especialmente a comunidades desfavorecidas que carecen de acceso a una atención sanitaria adecuada y que tienen escasas oportunidades de participar en las tomas de decisiones y la definición de políticas que deciden sobre sus prioridades de salud. También nos dirigimos a aquellos grupos que están en situación de especial vulnerabilidad frente a las enfermedades de la pobreza (mujeres, niños y adolescentes) y trabajamos con hospitales, comunidades, clínicas y laboratorios remotos.

Trabajar con Socios

Comunidades Locales: Con un enfoque basado en la comunidad, AMREF aprende cómo ven las comunidades su propia salud, sus propias necesidades de atención sanitaria y sus propias fortalezas y en qué medida acceden al sector de salud formal para obtener servicios. Juntos, diseñamos y probamos modelos que abordan cuestiones de salud específicas, por ejemplo, las opciones de prevención y de tratamiento para una enfermedad concreta o la mejora del acceso a un centro de salud u hospital. AMREF también invierte un esfuerzo considerable en fomentar la capacidad de organizaciones de la sociedad civil local, permitiéndoles decidir sobre las prioridades sanitarias, realizar y gestionar sus propias intervenciones y trabajar con el resto del sistema de salud.

Gobiernos, ONGs, Organizaciones de carácter religioso (OCRs) y Organizaciones Comunitarias (OCs): AMREF ha estado trabajando de forma constructiva con ministerios subsaharianos de salud, ministerios de educación, ONGs, OCRs y OCs para efectuar cambios positivos en las políticas de atención sanitaria y en la prestación de servicios.

La comunidad de desarrollo: AMREF ha forjado firmes vínculos de trabajo con la comunidad de desarrollo internacional y con universidades (dentro y fuera de África) así como con las agencias de Naciones Unidas. Durante los últimos 20 años, AMREF y estos socios han seguido probando e implementando nuevos enfoques para mejorar la salud dentro de y para las comunidades y fomentar las capacidades de los profesionales de la salud para trabajar con las comunidades.

El sector privado: AMREF se relaciona con el sector privado, como fuente de financiación y, cada vez más, mediante alianzas públicas/privadas para aprovechar la experiencia de AMREF y de sus socios de negocio en la búsqueda de soluciones que sean sensibles a las necesidades y cuestiones comunitarias, y que incrementen el acceso de la comunidad a servicios efectivos.

Reforzando el éxito: hacia adelante con una nueva estrategia

La creciente carga de enfermedad a finales de los 80 y principios de los 90 caracterizada por la emergencia de formas de malaria resistentes a fármacos y el VIH/SIDA, hizo que AMREF pusiera el énfasis en iniciativas de control de estas enfermedades específicas. La estrategia de AMREF 2000-2005, "Mejor Salud para Africa", redefinió el rol de AMREF, que dejó de centrarse puramente en la prestación de servicios para centrarse también en el fomento de capacidades, la investigación de operaciones y la promoción, centrándose en la malaria, VIH/SIDA, TB, infecciones de transmisión sexual, agua y salubridad básica, salud familiar, servicios clínicos de alcance y el desarrollo de materiales de formación y aprendizaje.

En su 50 aniversario, AMREF perfila su estrategia para aprovechar mejor sus actuales programas, centrándose en

- empoderar a las comunidades - empoderar a las comunidades les permitirá participar en la planificación de atención sanitaria, formulación de políticas y prestación de servicios sanitarios
- el extremo periférico del sistema de salud, haciendo que responda mejor a las necesidades de las comunidades.

Aprovechando las lecciones de los programas pasados y actuales que han tenido éxito y reforzando sus enfoques basados en la comunidad, el fomento de las capacidades y la investigación, AMREF, junto con sus socios, espera ver mejoras significativas y duraderas en los sistemas de salud y en la atención sanitaria de África.

Ventajas Comparativas

Una organización internacional africana de desarrollo de la salud

AMREF es la mayor organización internacional Africana de desarrollo de la salud. En este sentido es única y esto puede atribuirse a su estructura internacional desarrollada en torno a una sólida base africana. Con sede central en Nairobi, Kenia, la Fundación puede ofrecer conocimientos expertos

técnicos orientados a África a través de sus oficinas en África, centrándose en el desarrollo e implementación del programa técnico de AMREF.

AMREF cuenta con más de 800 empleados basados en África, formando un equipo diverso y con muchos recursos, además de con las capacidades, conocimientos y experiencia que se requiere para afrontar los retos de mejorar la salud en África.

Una red sólida de socios nórdicos - el foro internacional

AMREF se beneficia mucho de sus sólidos vínculos internacionales mediante 12 oficinas asociadas europeas y norteamericanas para apoyar la recaudación de fondos, dar a conocer AMREF y sus programas y llevar la voz de AMREF a los procesos de definición de políticas y de decisión del norte. Estas oficinas nórdicas de AMREF son parte del “AMREF único” y participan plenamente en la implementación y los resultados de la estrategia de AMREF.

Actividades de salud innovadoras y con éxito

AMREF desarrolla, prueba, evalúa y promueve la adopción de modelos de mejores prácticas que sean apropiados, relevantes y coste-efectivos; se centra en la formación y en el fomento de capacidades a todos los niveles; e influye a las personas en los procesos de definición de políticas para hacer los cambios en políticas y prácticas en función de las mejores prácticas basadas en la evidencia. Entre los programas con éxito implementados por AMREF en asociación con gobiernos y seleccionados para su aplicación a mayor escala, se encuentran las siguientes:

- El Proyecto de Educación en Higiene Personal y Salubridad (PHASE) se introdujo en escuelas primarias de Kenia y en 2000 el Gobierno de Kenia adoptó PHASE para su extensión a todo el territorio nacional. También está siendo replicado en Uganda, Zambia y Sudáfrica.
- El Ministerio de Salud de Tanzania adoptó el programa de formación de AMREF para la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia en Comunidades (AIEPIc), en un momento en que el Gobierno estaba empezando a adoptar la AIEPI como la estrategia nacional para atención sanitaria a niños.
- El componente de AMREF del Programa de Gestión de la Fiebre en el Hogar en Uganda ha influido en la definición de las políticas nacionales, logrando que los distribuidores de fármacos comunitarios se consideren socios esenciales para la prevención de la morbilidad relacionada con la malaria y por tanto que se reconozca la necesidad de dotarles de un reconocimiento oficial y de darles la motivación para que se involucren más.
- El Programa de Formación Completa en Enfermería en Uganda ha sido adoptado como una política nacional y como el programa para la formación de enfermería en Uganda.
- El Proyecto “Jijenge” en Tanzania que pilotó la participación masculina en la salud reproductiva mediante un enfoque basado en derechos está siendo replicado como modelo por UNFPA en Tanzania.

El Proyecto “Angaza” en Tanzania ha establecido un modelo para la aplicación a gran escala de un sistema de pruebas y orientación de VIH: el Gobierno ha

adoptado el modelo “Angaza” para extender las pruebas y la orientación de VIH a nivel nacional.

- El proyecto “Umkhanyakude” vincula a los curanderos tradicionales con profesionales de la salud en el sector de salud formal en Suráfrica para mejorar la gestión de VIH/SIDA, TB y otras enfermedades infecciosas.
- Se ha utilizado un proyecto de aprendizaje electrónico para reformar a 22.000 profesionales de la enfermería en Kenia.

Mediante el continuo fomento de capacidades y las continuas actividades de investigación como las enumeradas arriba, AMREF está poniendo el énfasis en reforzar los sistemas de salud para asegurar que sirven mejor a las necesidades de las comunidades pobres y vulnerables. A lo largo de los próximos 10 años, los programas de AMREF se centrarán en aquellas áreas que ofrezcan las mayores oportunidades para mejorar la capacidad y participación de hogares, comunidades, instituciones de la sociedad civil y el sistema de salud.

El programa regional de laboratorio de AMREF ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo de una política de laboratorio nacional en Tanzania, Kenia y Uganda. Ha logrado la estandarización de procedimientos de laboratorio con los Ministerios de Salud de África Oriental mediante el Programa de Evaluación de Calidad Externa.

Una organización de desarrollo sanitario fiable

Como socio reconocido en el sector de la atención sanitaria, AMREF está bien posicionada para actuar como facilitador y gestor de la vinculación de comunidades a sus sistemas de salud. Otros ven este papel emergente como algo esencial en la lucha contra la pobreza y el subdesarrollo. Varios factores contribuyen a la reputación internacional y dentro de África de AMREF, entre ellos:

- una reputación alejada de la política, que permite a AMREF actuar de formas que los gobiernos no siempre se pueden permitir; una reputación como importante facilitador en la promoción de iniciativas de salud africanas
- sede central en África, capaz de proporcionar conocimientos expertos de gestión, técnicos y administrativos para apoyar su labor en el continente
- oficinas de países centradas en el desarrollo e implementación del programa técnico de AMREF
- confianza, establecida a lo largo de 50 años, con gobiernos y comunidades como una organización que ofrece opiniones expertas y consejos basados en experiencia práctica sobre el terreno.
- una red de agencias colaboradoras – socios de la sociedad civil a nivel comunitario, ministerios de salud, ministerios de educación, ONGs, instituciones de formación y organizaciones internacionales trabajando en el desarrollo del sector sanitario en África; y alianzas con instituciones de renombre mundial incluida la London School of Hygiene and Tropical Medicine, el consorcio DFID WELL, la Johns Hopkins University, agencias de la ONU, grandes donantes e institutos médicos africanos en todo el continente.
- reconocimiento y credibilidad local e internacional que ha llevado a AMREF a ganar dos importantes premios internacionales en el pasado: el premio Hilton por Labores Humanitarias en 2000 y el Premio Gates de Salud Internacional en 2005.

Estratégicamente, AMREF siempre ha implementado sus actividades en estrecha cooperación con gobiernos pero a la vez, garantiza la independencia de la Fundación. Esto ha impulsado la capacidad de alcanzar acuerdos de AMREF y como consecuencia, hemos podido reunir a ONGs, gobiernos y otros agentes de desarrollo con las mínimas formalidades. Un ejemplo es la facilitación por parte de AMREF de la armonización de los enfoques regionales con respecto al SIDA/ETS en África Oriental, lo que ha resultado en la participación por parte de los ministros de salud y su personal técnico superior.

La credibilidad de AMREF como una organización de desarrollo sanitario en Africa oriental y del sur no tiene parangón y su potencial para impactar positivamente en otras partes del continente aumenta cada día. AMREF ha adoptado una posición de liderazgo, fomentando el apoyo de donantes occidentales para reforzar a las ONGs africanas para que éstas puedan proporcionar asistencia técnica a sus propios sistemas de salud.

El Programa de Formación de AMREF - Diploma en Salud Comunitaria (DCH en sus siglas en inglés)

AMREF cuenta con un programa de formación en todo el territorio africano que ofrece a profesionales sanitarios establecidos la oportunidad de adquirir capacidades y herramientas para trabajar de forma más efectiva con las comunidades y los sectores de salud informales. La formación para obtener el DCH, lanzado a principios de los 90, ha atraído a más de 480 estudiantes de 27 países en el Africa subsahariana. Ha sido acreditado como un programa de formación conjunto de AMREF y la Moi University, una de las mayores universidades de formación en Kenia. Al mantener el contacto con los licenciados, AMREF ha forjado relaciones con un grupo de individuos que pueden ayudar a hacer avanzar nuestra estrategia.

Un compromiso para fortalecer nuestras capacidades manteniendo nuestra integridad institucional

AMREF tiene un firme compromiso de aprender de su trabajo para reforzar sus programas. Hacemos preguntas críticas acerca del valor añadido de nuestro trabajo; somos autocríticos y no nos conformamos con menos de lo mejor. Aprendemos de nuestras intervenciones exitosas y también de aquellas que no tienen tanto éxito. AMREF está abierta a la crítica constructiva de nuestros socios, iguales y competidores y los escuchamos.

Damos gran importancia a asegurar el control de la calidad de todos nuestros programas y sistemas de gestión. Realizamos nuestras propias evaluaciones internas de nuestros proyectos, tanto a mitad del recorrido como al final. La organización completa fue sometida a evaluaciones externas en 2000/1 y 2005/6 por parte de CIDA y Sida, ambos financiadores clave de AMREF. Estas evaluaciones han contribuido de forma importante al proceso de planificación de AMREF, teniendo en cuenta errores y éxitos del pasado. A lo largo de los últimos cuatro años, AMREF también ha participado en un programa de refuerzo de la organización y ha mejorado su liderazgo técnico y la calidad de su programación.

Para AMREF, la rendición de cuentas y la transparencia, especialmente en el área de controles financieros, aprovisionamiento y gestión de proyectos, es esencial para mantener nuestra integridad y credibilidad. La función de auditoría interna basada en riesgos sirve para garantizar la rendición de cuentas en nuestras operaciones financieras y refuerza la efectividad y eficiencia de nuestras intervenciones. En cumplimiento con nuestras obligaciones legales, una firma de auditoría internacional realiza una auditoría externa anual. Se realizan también auditorías de proyecto independientes, a petición de donantes. Como organización que promueve la “apertura”, AMREF considera que todas estas auditorías son de dominio público y comparte los resultados. Una medida final de responsabilidad fiscal es la función de supervisión ejercida por el Comité de Auditoría y Finanzas del Consejo de Administración.

Capítulo 3

Las desigualdades en el sistema de salud

Introducción

A lo largo de los últimos diez años ha habido un incremento sustancial de la financiación para programas relacionados con la salud en el mundo en vías de desarrollo.

Ya en 1999 el total de donaciones de los países del G8 ascendían a 865 millones de dólares (incluido el tratamiento para VIH/SIDA), una multiplicación por más de 10 en tres años. En 2003 el programa del Gobierno estadounidense PEPFAR contribuyó 15.000 millones de dólares para la lucha contra el VIH/SIDA. Las donaciones de la OCDE para la salud también aumentaron de forma sustancial. En 2002 se creó el Fondo Global, centrado en VIH/SIDA, TB y malaria, y que desde entonces, ha invertido 3.000 millones de dólares. Además, varios países pobres del África subsahariana (por ejemplo, Tanzania, Zambia, República Centroafricana) han aumentado su presupuesto en atención sanitaria hasta aproximadamente el 10 por ciento de sus presupuestos generales. Kenia ha duplicado su gasto en atención sanitaria desde 6,50 dólares hasta 14 dólares per cápita en los últimos 5 años¹.

Las fundaciones privadas también han aumentado sus donaciones: por ejemplo, entre 1995 y 2005, la Bill and Melinda Gates Foundation ha contribuido aproximadamente 6.000 millones de dólares, 2.000 millones de los cuales para la lucha contra el VIH/SIDA, la TB y la malaria². Entre 1995 y 2005, las donaciones de organizaciones de caridad estadounidenses para salud e investigación sumaron un total de 224.000 millones de dólares para programas de salud nacionales e internacionales. En 2006, el Banco Mundial contribuyó 87 millones de dólares para la lucha contra el VIH/SIDA y la malaria y 250 millones de dólares para salud materna e infantil³.

A pesar del incremento de gastos en las grandes enfermedades, la crisis de la salud africana progresa sin pausa, generando muchos retos y dilemas para los definidores de políticas y gestores de sistemas de salud. Se ha dicho que el 80 por ciento de la salud se crea en el hogar y en la comunidad, y que un 20 por ciento se cura en clínicas y en hospitales; se ha puesto de manifiesto que, recientemente, los donantes y los sistemas de salud se han centrado demasiado en el 20 por ciento y no lo suficiente en la promoción de la salud.

Aunque ha habido cierto éxito en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, el sistema de salud en general no está muy saludable. El enfoque sobre la financiación basada en enfermedades ha distorsionado la

¹ L. Garrett, *The Challenge of Global Health*, Foreign Affairs, Ene-Feb 2007. Este artículo contiene excelente información acerca de la naturaleza de los resultados del incremento de gastos en programas verticales.

² Bill and Melinda Gates Foundation, Global Health Program, Seattle WA, www.gatesfoundation.org

³ L. Garrett, 2007.

planificación sanitaria y, sin quererlo, ha aislado a las comunidades de la toma de decisiones y de la asignación de recursos. Los avances en el tratamiento del VIH/SIDA han llegado al mismo tiempo que la mortalidad materna y la esperanza de vida han empeorado. La mortalidad materna es en muchos sentidos una medida de la efectividad de los sistemas de salud en general, y la esperanza de vida es un indicador de salud infantil, y lo sigue siendo a pesar del impacto del VIH/SIDA.

Es evidente que es preciso revisar las percepciones de los sistemas de salud y poner en marcha estrategias correctivas.

El contexto sanitario

Hay mucha evidencia de que existe una crisis sanitaria y se refleja en un declive de varios indicadores de salud claves y una falta de atención a ciertas amenazas constantes. Por ejemplo, en los últimos 10 años, en muchos países del África subsahariana

- los índices de mortalidad infantil y maternal han aumentado o se han quedado en niveles inaceptables
- las desigualdades han aumentado
- la esperanza de vida se ha reducido (1/2 – 2/3 de la vida de poblaciones prósperas)
- aquellos infectados y afectados por VIH/SIDA siguen careciendo de servicios adecuados, incluidos huérfanos y aquellos que nunca tendrán acceso a antirretrovirales.
- enfermedades crónicas, incluidas la diabetes, la hipertensión, la enfermedad mental, y las heridas por violencia doméstica y abuso infantil reciben una atención insuficiente⁴.

Se ha demostrado que los costes económicos directos e indirectos generados por enfermedades y problemas de salud en África son increíblemente altos y, debido al VIH/SIDA, siguen creciendo⁵. En África reside el 14 por ciento de la población mundial, pero cuenta con el 69% de las infecciones de VIH en el mundo. El SIDA está teniendo un efecto debilitador debido a la larga duración de la enfermedad y al tratamiento prolongado. Está provocando la desaparición de los ahorros y los activos domésticos y está empeorando la ya insostenible pobreza en las comunidades africanas.

De los 39.6 millones de personas que vivían con VIH en 2005 en el mundo, 24.5 millones se encontraban en el África subsahariana. Un sesenta por ciento de las nuevas infecciones afectan a mujeres y a jóvenes. La alta mortalidad relacionada con el SIDA es responsable de los

⁴ OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2005, *¡Cada madre y cada niño contarán!*; Banco Mundial, *Informe de Desarrollo Mundial 2005; Encuestas Demográficas y de Salud del África Subsahariana* ver http://www.measuredhs.com/pubs/browse_region.cfm

⁵ OMS/UNICEF, *Informe sobre el Paludismo en África*, 2003.

aproximadamente 12 millones de huérfanos del SIDA en el continente, comparados con 15 millones a nivel mundial (UNAIDS/OMS, Informe sobre la Epidemia Global del SIDA, Mayo 2006).

Por otra parte, la TB, con frecuencia en variantes resistentes a fármacos, ha emergido en asociación con el VIH/SIDA, alcanzando proporciones epidémicas en el continente, con una prevalencia estimada por la OMS de 518 por 100.000 y una mortalidad de 81 por 100.000. Alrededor del 10 por ciento de las muertes por TB corresponden a niños menores de cinco años. El tratamiento no es suficiente; el VIH y la TB no requieren sólo atención médica, sino también un seguimiento estrecho del cumplimiento del tratamiento y para la detección de tratamientos fracasados. La estigmatización sigue siendo grave en muchos países, y lo seguirá siendo hasta que se eduque y sensibilice a las comunidades.

Se calcula que en torno al 80 por ciento de los episodios de malaria en el mundo se dan en el África subsahariana. Sin embargo, sólo entre el 8 y el 25 por ciento de las personas con síntomas clínicos de malaria buscan atención sanitaria y la mayoría de las muertes ocurren en el hogar. Es la principal causa de mortalidad de menores de cinco años (20 por ciento) y constituye alrededor del 10 por ciento de la carga total de enfermedad del continente, suponiendo el 40 por ciento del gasto público en salud y consumiendo el 25 por ciento de la renta disponible por hogar. A medida que la resistencia a fármacos aumente y los patrones de transmisión se alteren con el cambio medioambiental y climático, la malaria seguirá representando importantes retos para los sistemas de salud⁶.

Los índices de mortalidad materna en África son altos y, como se ha apuntado arriba, están incrementando en algunos países (entre 500 y 1000 por 100.000 embarazos). Se piensa que la malaria es responsable de hasta un 20 por ciento de todas las muertes de mujeres embarazadas. Detrás de este índice de mortalidad maternal inaceptable, hay una atención prenatal con unos estándares insuficientes, mal acceso a la atención obstétrica de urgencia y para el tratamiento de infecciones, y alto riesgo de ETS⁷.

Aunque no tenemos cifras completas acerca del aborto, se estima que se realizan en torno a 1,5 millones de abortos al año en África. Los países africanos tienen los índices de embarazos adolescentes más altos del mundo. Se estima que aproximadamente el 40 por ciento de las niñas han dado a luz antes de los 18 años, con una alta proporción de embarazos accidentales, subrayando la necesidad de educar sobre opciones de planificación familiar y disponibilidad de métodos. El embarazo en chicas muy jóvenes se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad tanto materna como infantil, y el inicio temprano de la vida reproductiva aumenta el riesgo de anemia, malnutrición y

⁶ Ibid

⁷ Ibid

enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, además de riesgo de parto obstruido.

El índice de natalidad, de 38 nacimientos por 1.000 personas, excede en mucho al índice de mortalidad de 14 muertes por 1.000. En consecuencia, está previsto que la población del continente aumente desde más de 900 millones a fecha de hoy (más de 700 millones en el África subsahariana) hasta 1.800 millones en 2050. Los jóvenes entre los 10 y los 24 años constituyen el 33 por ciento de la población, mientras que el 43 por ciento son niños menores de 15 años. Desafortunadamente, a pesar del aumento en el gasto en salud, no ha aumentado al mismo ritmo que la población⁸.

Los bajos niveles de alfabetización prevalentes entre las mujeres, las enormes disparidades en las oportunidades de educación para niñas y el impacto de la pobreza en la educación para todos los niños seguirá exacerbando la situación sanitaria. Los roles y las responsabilidades de género tradicionales ahondan la desigualdad de género y hace que las mujeres sean más vulnerables a la mala salud; los hombres con frecuencia permanecen al margen de cuestiones de salud familiar, aunque sean los que toman las decisiones en la familia.

En resumen, mientras que los servicios curativos deben ser eficientes y efectivos, debe prestarse más atención a la prevención de la mala salud y al refuerzo de la efectividad de los sistemas de salud. Hasta la fecha, gran parte de la programación que se ha hecho posible gracias al aumento del gasto, ha sido vertical y orientada a enfermedades y ha prestado atención insuficiente a un enfoque integral hacia la gestión de la salud.

Con los programas verticales, hay pocas oportunidades para que las comunidades africanas expresen sus preocupaciones, contribuyan a proyectos e intervenciones que tienen lugar en sus propias comunidades, o desarrollen sus propias formas de abordar la gestión de enfermedades y, en los casos en los que fuera apropiado, integrarlas en programas. Mientras que los beneficiarios de los fondos de donantes con frecuencia son conscientes de la existencia de restricciones infraestructurales, culturales o de recursos humanos en las comunidades en las que trabajan y de las que son responsables, sus manos están atadas por los programas verticales centrados en enfermedades que no analizan necesariamente cuestiones de acceso y equidad.

En Kenia, la salud pública y los sistemas médicos del país están seriamente comprometidos. A lo largo de los últimos diez años, el país ha perdido 1.670 médicos y 3.900 profesionales de enfermería por emigración y miles más por jubilación. La moral es baja en el África subsahariana donde los médicos y el personal de enfermería carecen de la infraestructura, las herramientas y los fármacos para salvar vidas.

(L. Garrett, p. 28)

⁸ UNFPA, *Informe Estado de la Población Mundial*, 2006.

El contexto de los recursos humanos⁹

Un importante factor de la debilitación de los sistemas de salud es una crisis paralela que afecta a la fuerza de trabajo sanitaria de África. Los bajos salarios, las malas condiciones de trabajo, las escasas oportunidades de desarrollo profesional, la limitada supervisión de apoyo, la baja moral del personal, el débil gobierno, la pobre gestión, la violencia política en varios países y el VIH/SIDA son responsables de un estado en rápido proceso de deterioro del personal de los servicios de salud. Se ha estimado que el VIH/SIDA es responsable de entre un 19 y un 53 por ciento de todas las muertes entre trabajadores gubernamentales en el África subsahariana¹⁰.

Debido a que la ayuda y los préstamos constituyen una gran proporción de los presupuestos de salud de muchos países, las agencias y los donantes internacionales ejercen una importante influencia en la definición de políticas. Ni los gobiernos ni los donantes tienen políticas de recursos humanos explícitas y el creciente “Mercado laboral global” para profesionales de la salud está contribuyendo a generar severos desequilibrios distributivos. Como en la mayoría de los países, los profesionales sanitarios de África se concentran en los centros urbanos; otros han abandonado sus países o el continente. Se estima que todos los años, África pierde en torno a 20.000 trabajadores cualificados por migración externa¹¹. El hecho de que los profesionales sanitarios no encuentren empleo en el sector formal (migración interna) es un gran problema, por expresarlo con suavidad. Los “factores de empuje” combinados con “factores de atracción” (demanda de recursos humanos en entornos más ricos) están también generando migraciones a gran escala de personal médico de primer nivel desde regiones más pobres a regiones más ricas dentro de África y desde el sur de África a la OCDE en el norte.

La movilidad profesional y las pérdidas internas se han vuelto tan significativas que es imposible revertir o mejorar la crisis de la infraestructura humana sin abordar las fuerzas que operan en la fuerza laboral sanitaria¹².

Otra faceta del problema de recursos humanos es la erosión más lenta pero constante de las instituciones de formación sanitaria en muchos países africanos. En algunos países, las instituciones de formación han sufrido los efectos de la inestabilidad política y las penurias económicas.

En un principio diseñadas para seguir un modelo occidental de formación de profesionales sanitarios, estas instituciones no cuentan con los recursos para modernizar y realinear la formación mediante cambios en el programa y en los métodos de enseñanza que los hagan más relevantes para las necesidades

⁹ Para más información, ver M. Clemens, *Do visas kill?* Center for Global Development, 2006.

¹⁰ L. Twafik y S. Kinoti, *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa*. The Issue of Human Resources. The Sara Project, Academy for Educational Development, Washington, D.C., 2001.

¹¹ K. Blanchet et al., *One Million More, Mobilising the African Diaspora Health Care Professionals for Capacity Building in Africa*, The Save the Children Fund, 2006.

¹² OMS, *¡Cada madre y cada niño contará!*, Informe de Salud Mundial 2005; El Banco Mundial, Informe de Desarrollo Mundial, 2005.

sanitarias de Africa. La carencia de capacidades de salud públicas/comunitarias es uno de los grandes problemas que a menudo citan los licenciados de estas instituciones y, en consecuencia, hay una carencia de liderazgo de salud pública en los sistemas de salud en los que trabajan. Las instituciones de formación son incapaces de equilibrar el desequilibrio hacia la medicina clínica (cada vez más comercial) con la enorme necesidad en Africa de servicios de salud preventivos. Las instituciones de formación médica y sus licenciados han estado desconectados de las reformas de políticas durante la última década.

Según el Banco Mundial, la descentralización, la priorización y la privatización han generado, en el mejor de los casos, resultados mixtos para la atención sanitaria. Estas políticas no han logrado revitalizar el sector de salud pública, mientras que han surgido clínicas comerciales privadas no reguladas y actividades de ONGs/OCRs sin ánimo de lucro. Es probable que el número de trabajadores sanitarios formados dentro del sector de salud formal (empleos regularizados) se esté viendo superado por el número de trabajadores sin formación y sin regulación en el “sector de salud informal”, ya que estos sistemas tradicionales y privados se extienden para responder a las necesidades de servicios. Esta situación ha traído consigo unos crecientes gastos imprevistos de atención sanitaria y más pérdida de equidad.

Las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud

En vista de los aumentos significativos en los gastos en atención sanitaria en los últimos años por parte de donantes y de gobiernos africanos, resulta inevitable hacerse una pregunta. ¿Por qué no estamos siendo testigos de mejores resultados? Aunque las anteriores estadísticas pueden ser en parte atribuibles al VIH/SIDA, AMREF opina que es necesario desarrollar programas sostenibles en sistemas de salud efectivos y eficientes que se centren no sólo en la cura de enfermedades, sino también en los servicios de salud preventivos.

Para dar tan solo un ejemplo, la mala salubridad en comunidades y la falta de alimentos están directamente vinculados a infecciones asociadas a la pobreza y enfermedades nutricionales que resultan en que más de la mitad de las muertes infantiles tienen lugar antes de los cinco años. Además, la falta de acceso a servicios de calidad agrava la posibilidad de utilización. De los clientes con VIH en Kwa Zulu, Natal, un 80 por ciento van a curanderos tradicionales en lugar de a un centro de salud¹³.

La crisis que afecta los sistemas de salud africanos se manifiesta de muchas formas distintas. Hay cuestiones de definición de políticas, regulatorias y de gobierno; existen retos infraestructurales, incluidas carreteras y telecomunicaciones; y no se ha logrado asegurar el vínculo entre las comunidades y el resto del sistema de salud.

¹³ “Umkhanyakude”, el Proyecto de Proveedores de Salud Tradicionales de AMREF en Sudáfrica.

Históricamente las comunidades se han considerado como estrechamente vinculadas a los sistemas de salud, pero no necesariamente parte de dichos sistemas. Además, el reciente énfasis en el tratamiento de enfermedades ha resultado en que gobiernos y donantes presten insuficiente atención a las necesidades y a la voz de las comunidades.

Las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud se reflejan en los siguientes aspectos, entre otros:

- barreras de comunicación que comprometen la posibilidad de compartir información y cierta reticencia a garantizar a las comunidades una voz en la toma de decisiones
- desconexión entre el sector de salud informal (por ejemplo, trabajadores de atención sanitaria comunitaria y proveedores de salud tradicionales) y aquellos que trabajan en el sector formal
- pérdida de oportunidades para incrementar la promoción de la salud y los esfuerzos de atención preventiva en las comunidades
- problemas de acceso y utilización de servicios de calidad
- pobre recopilación de datos e investigación acerca de las necesidades, fortalezas y debilidades para formular políticas pertinentes
- sistemas de referencia y acceso a servicios especialistas comprometidos o ineficaces

Es más, debido a que los sistemas de salud están estructurados, financiados y gestionados principalmente como sistemas de tratamiento de enfermedades, la asignación de recursos, la rendición de cuentas y la monitorización, así como la actitud de los profesionales sanitarios están dictados más por las necesidades de tratar enfermedades que por prevención y promoción de la salud. Del mismo modo, la recopilación de datos sobre cuestiones de salud se centra en las instalaciones sanitarias y excluye información acerca de lo que ocurre en las comunidades. Por ejemplo, los datos de salud no incluyen cambios de comportamiento o de estilos de vida y por tanto no pueden contribuir a la planificación sobre estos factores esenciales de salud.

La falta de capacidad para gestión de información sanitaria y tecnologías es una limitación importante para la programación de servicios de salud basada en la evidencia, la monitorización de la salud y la supervisión de la salud. Es más, la información crítica se recopila y almacena por otros sectores, pero falta una armonización intersectorial de los sistemas. Es improbable que las mejoras en la calidad y la eficiencia de los servicios de salud disponibles para las comunidades puedan lograrse sin sistemas de recopilación y procesamiento de información básicos, incluido el aumento del uso rutinario de información para los programas de salud.

La mala gestión de la financiación sanitaria también ha acelerado el deterioro de la infraestructura del sistema de salud periférico allí donde existía, minando aún más la protección, calidad y eficiencia de los servicios básicos de referencia a nivel comunitario, de centro de salud y de distrito. Esta situación se ve exacerbada por la pobre y débil gestión de los transportes, un despliegue de

personal desequilibrado, el insuficiente apoyo y supervisión de los servicios de salud periféricos por los niveles superiores, la falta de oportunidades de formación continua apropiadas para trabajadores sanitarios a estos niveles, la falta de acceso a fármacos esenciales y unos equipos médicos destantalados, unido a un mantenimiento deficiente.

En respuesta al aumento de las cargas de enfermedad y la reducción de los recursos humanos, las estructuras comunitarias con frecuencia han ido por libre. Las organizaciones comunitarias, los proveedores tradicionales de atención sanitaria, los trabajadores sanitarios comunitarios y otros han reconocido la necesidad de asumir más responsabilidad por la prestación de servicio de atención sanitaria¹⁴. El sector privado también está expandiéndose en las comunidades, pero sigue estando prácticamente en su totalidad sin regular y las organizaciones comunitarias a menudo fallan en su apertura y transparencia en las prácticas de gestión, incluida la rendición de cuentas con respecto a la financiación.

Aunque el enfoque de la atención sanitaria comunitaria (ASC) está enfocada a las personas y es una potencial fuente de empoderamiento y de mayor equidad, ha sido dejada a un lado por el enfoque de los gobiernos en agendas nacionales y programas verticales de enfermedades. La ASC también se ha considerado erróneamente como una solución de bajo coste. En los últimos años, las comunidades han dependido de sí mismas para conseguir recursos, mientras que los gobiernos han centrado sus decrecientes recursos en servicios curativos secundarios y terciarios, marginando así el enfoque de ASC. Por tanto, sería preciso volver a examinar la ASC y analizarla para determinar las mejores opciones de financiación.

Debido a que los sistemas de salud nacionales han sido y siguen siendo el principal vehículo para asegurar el acceso a la atención sanitaria, un enfoque que se centrara en las necesidades y fortalezas de las comunidades constituiría un cambio de paradigma de una atención sanitaria impulsada por el gobierno a una atención sanitaria impulsada por las comunidades.

Para que este cambio se haga realidad, es necesario desarrollar un reconocimiento más claro y un entendimiento mayor de las cuestiones relevantes entre líderes africanos así como entre la comunidad internacional. También puede haber innovaciones en África que sirvan para reducir las desigualdades entre comunidades y el resto del sistema de salud que no hayan reconocido ni los gobiernos ni la comunidad internacional. Estas innovaciones deben identificarse y analizarse más allá de los marcos anteriores.

En última instancia, será preciso realizar investigación sobre salud y sobre recursos humanos sanitarios y promoción al más alto nivel para elevar la

¹⁴ A. Haines et al., Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers. The Lancet, Publicado online, Marzo 6, 2007 (www.thelancet.com)

cuestión del aislamiento de las comunidades a una posición en la que haya un firme compromiso político para crear soluciones efectivas.

Reducir las desigualdades: impulsar un movimiento para una mejor salud en Africa

En el desarrollo de su estrategia para 2007-2017, AMREF ha considerado desde una perspectiva distinta la prestación de servicios, la formación de alianzas, la promoción de capacidades y la investigación. Como indican las estadísticas citadas al principio de este capítulo, la programación vertical para la prestación de servicios, especialmente en los últimos 10 años, se ha vuelto insuficiente y requiere una redefinición. Por tanto, AMREF no realizará prestación de servicios por el mero hecho de hacerlo, sino como un mecanismo para probar modelos de prestación de servicio y reforzar la participación de comunidades en el sistema de salud. También buscamos desarrollar y promover una visión de un sistema público/privado que funcione, a pesar de un entorno dominado por la incertidumbre y la fragilidad política y económica. Esta visión debe ir más allá del vocabulario del pasado – “reforma del sector de salud”, “planificación de recursos humanos” o “salud para todos”.

El Proyecto de Proveedores de Salud Tradicionales “Umkhanyakude” de ANREF en Sudáfrica vincula el Ministerio de Salud con curanderos tradicionales para el beneficio de ambos y de las comunidades a las que sirven. Entre muchas otras cosas, los curanderos tradicionales han aprendido cómo evitar la transmisión del VIH, cómo evitar contraer la TB de sus pacientes y cómo mantener registros sanitarios. A su vez, el Ministerio de Salud reconoce las competencias de los curanderos y trabaja con ellos para encontrar y referir a pacientes, especialmente aquellos sometidos a terapias con antirretrovirales y STOD.

En la formulación de esta visión, los profesionales de salud africanos (médicos, enfermeros, dentistas, farmacéuticos) y las comunidades cliente deben estar involucrados, junto con la próxima generación de jóvenes cuyas potenciales carreras en el sector de la salud se verán afectadas. La visión futura debe incluir a múltiples agentes trabajando juntos, incluidos agentes gubernamentales, la sociedad civil (ONGs, OCRs, y OCs, etc.), así como proveedores de atención sanitaria tradicionales y el sector privado. Se requiere un nuevo enfoque y un nuevo nivel de participación comunitaria, para que las comunidades no sean simplemente fuentes de información y datos, sino que estén plenamente integrados en la planificación, implementación y evaluación de programas. Se requieren reformas radicales y nuevas innovaciones, incluidas la extensión de mejores prácticas. Estas innovaciones podrán incluir el desarrollo de nuevos cuadros de profesionales sanitarios comunitarios con una formación breve y un salario modesto.

El impulso de un movimiento comunitario para una mejor salud en Africa mediante la mejora de las alianzas con la sociedad civil y mediante la promoción de capacidades en comunidades para aumentar la demanda de una prestación de servicios de calidad y eficiente reforzaría el sistema de salud y mejoraría la participación y la rendición de cuentas. AMREF contribuirá a este

proceso mediante el refuerzo de la capacidad de distintos actores dentro del sistema de salud, para que comprendan, monitoricen y respondan a las disparidades en el estado de salud a nivel comunitario. La Fundación aportará sus 50 años de experiencia para reforzar los sistemas de salud y ayudar a reducir las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud. Las oportunidades para la programación de AMREF están en la generación y el uso de la información, en el fomento de capacidades y en la promoción de las mejores prácticas para reducir las desigualdades. Las acciones de AMREF a lo largo de los próximos diez años empezarán a dibujar un camino para la realineación a más largo plazo de las inversiones sociales para desarrollar personas e instituciones para una mejor salud y se centrará en la construcción del tan necesario liderazgo africano.

Al mismo tiempo, AMREF reconoce que la construcción de una infraestructura humana e institucional para una mejor salud no es algo que vaya a ocurrir de la noche a la mañana, sino que se trata más bien de un reto a largo plazo. Lograr los Objetivos del Milenio de la ONU para el año 2015 requerirá inversiones sociales sostenidas en recursos humanos. Es necesario que los gobiernos, las instituciones educativas y las agencias internacionales, incluidas fundaciones privadas y ONGs internacionales, regionales y nacionales actúen. El liderazgo y la propiedad africanos es esencial, pero la responsabilidad internacional también es importante para navegar en un mundo crecientemente global. Localizar los ODM sería un paso en la dirección correcta. Una financiación a mayor plazo en lugar de apoyos a proyectos a corto plazo será esencial para facilitar esta búsqueda de soluciones.

Capítulo 4

La Estrategia

Introducción

La estrategia de AMREF para 2007-2017 está diseñada para seguir desarrollando su estrategia de los últimos cinco años, con un énfasis añadido en el empoderamiento de las comunidades y en su participación en el sistema de salud. Buscamos crear una cultura revitalizada en el sector de la atención sanitaria en África, de tal forma que las comunidades se conviertan en socios integrales de un sistema sanitario dinámico, y donde especialmente los pobres y los marginados pueden alcanzar su pleno potencial de salud, como su derecho. Al hacer que las comunidades sean el principio organizativo fundamental del sistema de salud, es previsible que el acceso y uso individual y comunitario de las oportunidades de atención sanitaria se vuelvan menos restringidos por sus circunstancias, sea su estatus socio-económico, género o distancia geográfica.

Con esta estrategia, AMREF facilitará activamente la involucración de las comunidades en su atención sanitaria, desde la planificación hasta la implementación y evaluación de actividades de prevención y prestación de servicios. AMREF también reforzará la capacidad de los sistemas de salud para comprender, monitorizar y responder a las disparidades en estados de salud a nivel comunitario y, con nuestros socios, desarrollaremos, probaremos y ampliaremos intervenciones dirigidas a mejorar la equidad y que mejoren el acceso y uso de los servicios sanitarios de las personas.

Reconocemos que hay muchas políticas y prácticas que contribuyen a las desigualdades entre las comunidades africanas y el resto del sistema de salud, y que AMREF no tiene ni las capacidades ni los recursos para abordarlas todas. También reconocemos que las desigualdades de pobreza y de género, especialmente la falta de participación de los hombres en la salud de sus familias, exacerba estas desigualdades. Por tanto, nos centraremos en la ventaja comparativa de AMREF y tomaremos las decisiones programáticas apropiadas. Suplementaremos, apoyaremos y fortaleceremos los esfuerzos de las comunidades, gobiernos y la sociedad civil para reforzar los sistemas de salud.

Durante sus 50 años de historia, AMREF ha establecido su reputación como un proveedor de prestación de servicios sanitarios de calidad. En este periodo estratégico, AMREF seguirá apoyando la prestación de servicios (cada vez más, a través de socios locales), pero dejará de constituir un fin en sí mismo.

El conocimiento será un producto clave en nuestra estrategia. AMREF aprenderá y utilizará este conocimiento y su experiencia práctica sobre el terreno para probar nuevos modelos y compartir conocimientos acerca de lo que funciona y por qué, para tener un mayor impacto en las políticas y la práctica en todo el continente.

Declaración del Objetivo

Mejorar la salud de África impulsando un movimiento basado en la evidencia dirigido a reducir las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud.

Principios programáticos

Forjar el vínculo entre las comunidades y el resto del sistema de salud requiere enfoques integrales, integrados y aplicados a todas las actividades, impulsados por las necesidades de la comunidad. Sin embargo, AMREF es muy consciente de que gran parte de su financiación seguirá llegando a través de programas basados en enfermedades, y las presiones internas y externas de volver a intervenciones puramente basadas en enfermedades serán difíciles de resistir. Para contrarrestar estas presiones y garantizar que AMREF actúa de forma integral, utilizaremos una serie de principios programáticos aplicados a todas las actividades, basados en procesos y que reflejan nuestros valores. Los principios programáticos operarán en dos niveles: 1) principios generales aplicables a todas las temáticas programáticas; y 2) principios programáticos específicos enumerados debajo de cada temática programática abajo. Se esperará que todas las intervenciones, especialmente aquellas financiadas por programas verticales, respondan a los principios programáticos. De este modo, AMREF asegurará que mantiene el enfoque sobre el objetivo de su estrategia.

Principios programáticos generales: En la implementación de las temáticas programáticas de esta estrategia, AMREF y sus socios se asegurarán de que:

- las intervenciones y proyectos sanitarios sean a favor de los pobres (identificar a las personas que más lo necesitan) y rindan cuentas a las personas a las que sirven
- nuestras intervenciones se realicen teniendo en cuenta la cultura, incluidas las costumbres, las creencias y los comportamientos, especialmente con relación a la salud a nivel comunitario y que puedan provocar disparidades en acceso a la salud.
- la perspectiva de género se incorpore en todas las actividades
- la información pertinente se comunique dentro del sistema de tal forma que puedan monitorizarse las disparidades y los cambios en el estado de salud y se pueda responder apropiadamente
- los sistemas de salud tengan la capacidad de responder y de evolucionar
- todas las partes interesadas refuercen y contribuyan al sistema de salud

Contenidos programáticos

Diseñada teniendo en cuenta la crisis de salud Africana, la ventaja comparativa de AMREF y cinco décadas de experiencia trabajando con las comunidades y los sistemas de salud en la región, la estrategia de AMREF se realizará a través de tres temáticas programáticas interdependientes. Estas temáticas responden a cuestiones fundamentales específicas que generan y mantienen las desigualdades:

1. Alianzas con comunidades para lograr una mejora de la salud
2. Desarrollo de capacidades para fortalecer las comunidades y mejorar la capacidad de reacción de los sistemas de salud
3. Investigación de los sistemas de salud para el desarrollo de políticas y prácticas pertinentes

1. Alianzas con comunidades para lograr una mejora de la salud

Esta temática está fundamentada en la salud como un derecho humano. Para que los sistemas de salud respondan mejor a las necesidades de los pobres, deben colocar a las personas y a las comunidades en el centro, asegurar un mayor acceso a los conocimientos indígenas, promover un liderazgo informado y desarrollar alianzas con organizaciones con principios y valores parecidos.

Con los programas orientados a las enfermedades, la mayoría de las comunidades pobres y desfavorecidas en África se han aislado, sin participar en la prestación de su propia atención sanitaria ni en la formulación de políticas que afectan su salud. La baja participación de las comunidades africanas en el gobierno de los asuntos que afectan su salud también ha supuesto que la voz comunitaria apenas logre hacerse oír en las decisiones relativas al despliegue y uso de los recursos nacionales.

Objetivo estratégico: Crear movimientos y organizaciones comunitarias que aseguren que forman parte integral de la respuesta del sistema de salud, y aprovechar los recursos de la comunidad para la mejora del servicio de salud.

Principios programáticos específicos: Todas las intervenciones dentro de esta temática generarán conocimientos relevantes para al menos una de las siguientes cuestiones:

- la creación de formas organizativas más potentes como alianzas, redes, foros de promoción y alianzas comunitarias públicas/privadas como vehículos para el cambio
- participación y propiedad comunitarias
- aumento de la participación masculina en la protección del derecho a la buena salud y en la promoción de la mejora del estado de salud de mujeres, niños y adolescentes

Puntos de enfoque: La marginación, la vulnerabilidad y el riesgo para la salud constituyen la base de esta temática. Los niños, los jóvenes, las mujeres en edad reproductiva y la fuerza de trabajo en entornos pobres rurales, urbanos y de emergencia son los más marginados y vulnerables a problemas de salud y han de ser reconocidos como agentes dentro del sistema. Situando la promoción y prevención de la salud como los principales puntos en la agenda para provocar un cambio en los comportamientos y promover condiciones que fomenten la buena salud, esta temática se centrará en los siguientes grupos:

Niños menores de cinco años: Al abordar los factores determinantes de la salud en niños menores de cinco años, AMREF considerará el acceso a la atención sanitaria y los procesos que afectan los siguientes puntos:

- la prevención y la atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia a nivel del hogar y de atención primaria: malaria, infecciones respiratorias agudas, diarreas agudas, enfermedades vacunables y nutrición infantil

- prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de malaria en niños, incluido el acceso en igualdad de condiciones a redes tratadas con insecticidas de larga duración (LLIN en sus siglas en inglés) y diagnóstico de malaria
- prevención de transmisión de VIH de madre a bebé
- la mejora de la atención y el tratamiento de SIDA y TB en niños, incluido VIH, diagnóstico de TB y fórmulas farmacéuticas pediátricas
- promoción de higiene personal y alimentaria, agua limpia y salubridad básica en el hogar como medio para prevenir enfermedades infantiles.

Preadolescentes, adolescentes y jóvenes (de 5 a 24 años): Al abordar los factores determinantes de salud entre los preadolescentes, los adolescentes y los jóvenes, AMREF considerará:

- dotar a los preadolescentes, adolescentes y jóvenes de una voz en el desarrollo de una atención sanitaria apropiada, prestada de una forma amable.
- prevención, atención y tratamiento de VIH y SIDA mediante la promoción de la salud, pruebas y orientación de VIH dirigidos a jóvenes, terapia antirretroviral y gestión de enfermedades oportunistas, incluida la TB
- promoción de salud sexual y reproductiva, incluidas capacidades psicosociales, prevención de abuso de sustancias y educación sobre sexualidad y vida familiar
- protección contra violencia de género
- promoción de higiene personal y alimentaria, agua limpia y salubridad básica en hogares e instituciones como escuelas
- promoción de niños y jóvenes como agentes de cambio

Mujeres en edad reproductiva: La respuesta de salud comunitaria de AMREF para mejorar la salud materna abordará:

- la protección de los derechos reproductivos, incluida la promoción de la elección informada y la protección contra la violencia de género
- la prevención, atención y tratamiento de VIH y SIDA mediante la promoción de la salud, pruebas y orientación de VIH, terapia antirretroviral y gestión de enfermedades oportunistas, incluida la TB y enfermedades de transmisión sexual
- la promoción del acceso a y la utilización de servicios de salud reproductiva para una maternidad segura, incluida planificación familiar, atención obstétrica segura y gestión de complicaciones durante el embarazo
- la prevención y gestión de la malaria durante el embarazo
- la promoción de la nutrición materna
- la promoción de higiene personal y alimentaria, salubridad básica, acceso mejorado a agua limpia, como factores determinantes de la salud materna

La fuerza de trabajo: El enfoque de salud comunitaria de AMREF sobre la fuerza de trabajo, incluirá:

- apoyar los vínculos entre los programas en el lugar de trabajo y las comunidades
- prevención, atención y tratamiento de VIH y SIDA mediante la promoción de la salud, pruebas y orientación de VIH, terapia antirretroviral y gestión de enfermedades oportunistas, incluida la TB y enfermedades de transmisión sexual

- prevención, atención y tratamiento de la malaria en los lugares de trabajo mediante la promoción sanitaria
- promoción de la salud e higiene personal y la seguridad del lugar de trabajo para prevenir infecciones y heridas

Resultados Previstos:

Alianzas Comunidad-Sistema de Salud

- creación de una creciente coalición de organizaciones influyentes con principios y valores parecidos, incluidas alianzas comunitarias, redes, foros de promoción y alianzas comunitarias públicas/privadas como vehículos de cambio
- políticas nacionales que reconozcan las estructuras e instituciones comunitarias como parte integral de la mejora de la salud para las comunidades
- sistemas de salud que efectivamente incluyan estructuras e instituciones comunitarias en los procesos de mejora de salud
- sistemas de salud que respondan a los problemas de salud y las necesidades de sus comunidades

Aprovechamiento de los recursos comunitarios existentes

- comunidades capaces de identificar sus propias fortalezas y debilidades, necesidades y amenazas en materia de salud
- participación comunitaria en y “propiedad” de planificación y servicios de atención sanitaria
- comunidades que demandan y utilizan servicios de salud de calidad.

2. Desarrollo de capacidades para fortalecer las comunidades y mejorar la capacidad de reacción de los sistemas de salud

El desarrollo de capacidades es el proceso por el que individuos, grupos, comunidades y organizaciones aumentan su capacidad de realizar funciones fundamentales. Tanto para el sector de salud formal como para el informal, las áreas prioritarias que abordará AMREF son:

- mejorar los sistemas de información de gestión sanitaria (SIGS) a nivel comunitario y sus vínculos con sistemas de Ministerios de Salud existentes.
- desarrollo de recursos humanos, incluida la mejora de las capacidades de los trabajadores sanitarios y otros miembros de la comunidad
- desarrollo organizativo en organizaciones relacionadas con la salud, incluido el desarrollo de marcos institucionales y legales

Objetivo Estratégico: Aumentar la capacidad técnica y organizativa de los sistemas de salud y de las organizaciones de la sociedad civil para mejorar la calidad de la atención sanitaria y responder a las necesidades de salud de las comunidades.

Principios programáticos específicos: A la larga, todos los principios programáticos tendrán un impacto sobre la temática del desarrollo de capacidades, pero la generación de conocimientos en las siguientes áreas será particularmente crítica:

- capacidades esenciales requeridas para la gestión y prestación de servicios de salud de calidad que respondan a las necesidades de mujeres, hombres, niños y adolescentes
- sistemas y herramientas que faciliten la entrega de servicios sanitarios equitativos y efectivos
- capacidad organizativa que mejore el acceso y la calidad del servicio y facilite la asociación con comunidades en la entrega de servicios sanitarios equitativos y efectivos

Puntos de enfoque:

- Ministerios de Salud
- Comunidades/organizaciones de la sociedad civil y agentes de salud que influyen en la provisión sanitaria a nivel comunitario, incluidos:
 - planificadores y creadores de políticas,
 - implementadores y proveedores,
 - formadores/supervisores
- instituciones de formación y otras

Resultados previstos:

SIGS

- desarrollo y pruebas de SIGS comunitarios y sus vínculos con otros sistemas de planificación sanitarios
- sistemas de salud comunitarios que capturen y usen con mayor efectividad la información/los datos disponibles
- la adopción y el uso de planificación comunitaria, asignación de recursos y monitorización por parte de los ministerios de salud en favor de los pobres

Calidad de la atención y eficiencia mejoradas

- refuerzo de la capacidad de los gestores y proveedores de servicio en el nivel periférico del sistema de salud, para promover la eficiencia del servicio y la calidad
- mejora de capacidades para el diagnóstico, tratamiento y atención especializada en el extremo periférico de los sistemas de salud
- conocimiento que fomentará las políticas y prácticas para promover una mejor calidad de la atención por parte de todas las categorías de proveedores de salud.
- refuerzo de las estructuras y sistemas comunitarios para la atención y el apoyo a huérfanos y otros niños vulnerables
- uso aumentado y más formalizado de trabajadores sanitarios comunitarios formados y proveedores de servicio tradicionales

Despliegue de recursos humanos

- refuerzo de servicios de laboratorio periféricos
- desarrollo y pruebas de nuevos enfoques para el desarrollo racional y el despliegue de recursos humanos y tecnologías de la salud
- capacidades técnicas y de gestión mejoradas aplicadas a las necesidades de salud de las comunidades
- refuerzo del gobierno sanitario en OSCs, OCs, EGSDs y OCRs

3. Investigación de los sistemas de salud para el desarrollo de políticas y prácticas pertinentes

La necesidad de reforzar la investigación para influir en la política y en la práctica es cada vez más evidente, al ver los sistemas de salud luchar por responder adecuadamente a los retos en materia de salud pública. Existen muchas mejores prácticas dentro de las comunidades, pero se dedican pocos recursos a desarrollar mecanismos para replicarlos y aplicarlos a mayor escala.

Hacer que los sistemas de salud respondan a las necesidades y prioridades sanitarias de las comunidades y reequilibrar la carga desproporcionada de enfermedades y amenazas de salud emergentes que afectan a los pobres depende de generar un marco para intervenciones sanitarias comunitarias basadas en nuevos conocimientos y opciones de políticas pragmáticas. El apoyo a la investigación sobre sistemas de salud y análisis de políticas puede aprovechar de forma eficaz la información sanitaria comunitaria y desarrollar competencias comunitarias y profesionales que contrarresten los fallos y las desconexiones dentro de los sistemas de salud.

Objetivo estratégico: Generar y transmitir las evidencias de políticas y prácticas efectivas que tengan un impacto positivo en las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud, y promover la adopción e incremento de las mejores prácticas.

Principios programáticos específicos: Esta temática programática generará conocimientos al abordar temas tocados a través de las otras dos temáticas y relevantes para al menos una de las siguientes cuestiones:

- mejoras en el sistema de salud que puedan llevar a una reducción de las desigualdades
- planificación y programación sanitaria culturalmente sensible
- sistemas de salud con un enfoque integral hacia a la salud con especial énfasis en la salud pública y un distanciamiento de la programación orientada exclusivamente a enfermedades
- procesos que fomenten una planificación y financiación sanitaria en favor de los pobres

Agenda de Investigación: En este periodo estratégico, AMREF y un amplio conjunto de socios realizarán investigaciones operativas y evaluadoras y análisis de políticas para generar evidencia creíble acerca de las posibilidades de reducir las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud.

Con este fin, la investigación de AMREF se centrará en:

- la importancia de la participación comunitaria en los servicios sanitarios efectivos y eficientes: desde la promoción hasta la atención, pasando por la prevención
- el papel, la participación y la integración de trabajadores sanitarios comunitarios y la sociedad civil dentro del sistema de salud

- intervenciones que contribuyan a mejorar las competencias y la retención de trabajadores sanitarios
- programación innovadora e integrada a nivel comunitario
- enfoques para una transformación organizativa para mejorar la salud

A medida que avance esta labor de investigación, AMREF trabajará con gobiernos nacionales y socios de desarrollo a todos los niveles para revisar/desarrollar, rastrear y utilizar indicadores de salud basados en la comunidad para la planificación de sistemas de salud. Al mismo tiempo, identificaremos un cuerpo de mejores prácticas comunitarias africanas que puedan trasladarse a mayores escalas.

Dentro de esta amplia agenda de investigación, hemos desarrollado las siguientes preguntas de investigación, que someteremos a continuas revisiones.

AMREF es consciente del hecho de que hay, y habrá, nuevos y emergentes retos en el continente, y aseguraremos que nuestro programa de investigación esté preparado para evaluarlos en el contexto de esta estrategia.

Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuáles son los indicadores cuantitativos y cualitativos de las desigualdades que podemos desarrollar que proporcionen información pertinente para decisiones políticas y programáticas?
2. ¿Qué evidencia existe de que una mayor involucración de las organizaciones y redes comunitarias para mejorar la participación de la sociedad civil en los sistemas de salud vaya a contribuir a reducir las desigualdades, y cuáles son las implicaciones para la política y la práctica?
3. ¿Qué información requieren las personas para gestionar su propia salud de forma proactiva?
4. ¿Cuáles son las barreras de equidad (social, económica, cultural) y de género que impiden el acceso a una atención sanitaria de calidad, y cuáles son las soluciones comunitarias?
5. ¿Cuáles son las barreras que impiden la integración de los trabajadores sanitarios comunitarios en el sistema de salud y cómo pueden superarse esas barreras?
6. ¿Cuál es la proporción óptima (número/población) de trabajadores sanitarios comunitarios en el África subsahariana?
7. ¿Dónde están las oportunidades para mejorar el papel y el rendimiento de los trabajadores sanitarios comunitarios (incluidas cuestiones de equidad, contratación y permanencia)?

8. ¿Cuáles son las mejores prácticas para sistemas referencia comunitarios y sus vínculos con el sistema formal?
9. ¿Cuáles son las opciones para reconducir las capacidades de los profesionales sanitarios en el sector formal y mejorar su rendimiento y satisfacción laboral en la prestación de atención sanitaria de calidad en el extremo periférico del sistema de salud?
10. ¿Cuáles son los componentes clave de un sistema de información de salud comunitario y cómo pueden vincularse con sistemas de información de salud de distrito y nacionales?
11. ¿Qué componentes de los actuales sistemas de vigilancia de enfermedades deben extenderse más allá de las instalaciones sanitarias y aplicarse a nivel comunitario?
12. ¿Cómo pueden los sistemas de salud adoptar un enfoque más integrado hacia la gestión de la carga de enfermedades en las comunidades?
13. ¿Cuál es el impacto del sector privado informal, sin regular, en la salud de las comunidades pobres y cuáles son las lecciones que podemos extraer para las políticas y las prácticas sanitarias?
14. ¿Cómo pueden contribuir las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs) y otras tecnologías a la mejora de los resultados sanitarios en comunidades vulnerables?
15. ¿Cuáles serían los componentes clave de un modelo de financiación sanitario comunitario fuerte que ayudara a reducir las desigualdades?
16. ¿Cuál es el estado de la salud comunitaria en África (por ejemplo, control de gastos, calidad de la atención, relevancia de la programación, accesibilidad y utilización de servicios y participación comunitaria y de la sociedad civil en la entrega de servicios sanitarios)?

Resultados previstos:

La generación de las respuestas a las preguntas de investigación de arriba contribuirá a un mejor entendimiento de las causas de las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud. AMREF también espera poder identificar y documentar evidencia de políticas y prácticas que hayan tenido un impacto positivo en la reducción de las desigualdades.

Comunicar estos datos para influir en el cambio es el resultado último que busca esta temática. Para provocar una reducción en las desigualdades políticas y ampliar la aplicación de las mejores prácticas, AMREF, trabajando con ministerios gubernamentales, agencias de desarrollo, la OCDE y otros socios estratégicos, utilizará la evidencia extraída de su investigación para:

- identificar cuestiones críticas
- coordinar respuestas para influir en cambios positivos en la atención sanitaria comunitaria

Análisis y reducción del impacto de riesgos

Hemos considerado los riesgos probables a los que se enfrentará AMREF para implementar esta estrategia y hemos desarrollado un conjunto de acciones que reduzca su impacto. En el plan de implementación se incluyen todos los detalles; aquí, nos referimos a los seis principales riesgos que ha identificado AMREF.

Riesgos	Reducción
Que AMREF sea incapaz de financiar la nueva estrategia, tanto para el desarrollo institucional como para programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Contratar a una persona experimentada en la recaudación de fondos para desarrollar una estrategia de recaudación de fondos y un plan con objetivos • Reforzar la capacidad de AMREF para escribir propuestas de alta calidad • Dialogar con donantes clave acerca de cuestiones de salud a las que se enfrenta África y la relevancia de la estrategia de AMREF • Reforzar las interacciones entre AMREF y las oficinas nacionales para asegurar un enfoque unificado a la estrategia, al desarrollo de propuestas y a la recaudación de fondos • Asegurar y mantener coste-efectividad en toda la organización de AMREF
¿Podremos lograr cambios en sistemas de salud trabajando a través de socios?	<ul style="list-style-type: none"> • La selección de socios será crítica; es preciso tener criterios muy claros, incluidos indicadores muy claros de éxito • Involucrar a los socios en el diseño y planificación • AMREF proporcionará procesos, supervisión, coordinación, facilitación y aseguramiento de calidad
Para que la estrategia funcione es preciso que todo el personal de AMREF asuma como suya la estrategia y trabajen juntos.	<ul style="list-style-type: none"> • La implementación de la estrategia debe ser un punto permanente en la agenda del equipo de alta dirección • Compartir y comunicar de forma efectiva la información • Revisar todas las descripciones de puestos de trabajo, funciones y responsabilidades en toda la organización de AMREF y ajustar el sistema de evaluación para asegurar su coherencia con la estrategia
Una mala gestión de la información y los conocimientos de AMREF pondría en peligro la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar la gestión de conocimientos en los planes de proyecto, incluido el tiempo y el dinero necesario para realizar las tareas necesarias • Desarrollar la capacidad del personal para la captura y gestión de conocimientos • Hacer que la documentación sea parte de la gestión del rendimiento y de las descripciones de los puestos de trabajo
No lograr influir a gobiernos y donantes será un obstáculo para el éxito	<ul style="list-style-type: none"> • AMREF utilizará su participación existente en revisiones anuales gubernamentales y procesos de planificación para hablar de la evidencia emergente • AMREF asegurará que está representada por las personas adecuadas y que el personal sénior de AMREF comunique los mensajes difíciles • Utilizar evidencia fiable y bien documentada y comunicarla efectivamente • Desarrollo continuo de relaciones con Ministerios de Salud y otros socios
Cambios en las agendas/políticas de gobiernos y donantes podrían poner en riesgo la relevancia de la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de monitorizar el entorno externo permanentemente y reagruparse en caso necesario – esta será una estrategia flexible y dinámica • Buscar influir a gobiernos y donantes acerca de la prioridad de reforzar los sistemas de salud

Capítulo 5

Mecanismos de Implementación, Monitorización y Evaluación

En la puesta en marcha de la estrategia de AMREF para el periodo 2007–2017, revisaremos nuestro actual sistema de implementación y estructuras y las modificaremos e incluiremos según sea necesario.

Mecanismos de implementación

Los mecanismos de implementación que utilizará AMREF se aplican a las tres temáticas programáticas de esta estrategia y se describen a continuación:

Resolución de problemas basada en la comunidad

La participación comunitaria es el proceso de involucrar a las comunidades en el establecimiento de las prioridades sanitarias, y en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones y actividades. El proceso en sí mismo dota de poder a las comunidades y desarrolla las competencias y la confianza en las personas involucradas. También es un mecanismo para movilizar recursos humanos y materiales a nivel local para iniciativas de desarrollo sanitario. El proceso conlleva un diálogo verdaderamente democrático con las comunidades donde el derecho a participar no es sólo un derecho, sino que es parte del más amplio desarrollo social y realización del potencial humano. Trabajar junto con el sector informal y las comunidades en verdaderas alianzas será un nuevo reto para muchos trabajadores sanitarios en el sector formal, donantes e instituciones académicas. Este reto será también nuevo para las comunidades.

Acuerdos institucionales innovadores

AMREF reconoce que la alianza con la sociedad civil a nivel de programa ofrece varias ventajas. Las organizaciones de la sociedad civil locales y de distrito trabajan con las bases, cerca de las comunidades, y por tanto están bien posicionadas para proporcionar información sobre el terreno. Tienen mucha experiencia de la que puede aprenderse mucho y están mejor situados que los agentes del sector formal para trabajar directamente con la comunidad y prestarles servicios. Pueden ayudar a identificar y dar voz a las necesidades de la comunidad y son un importante recurso para la promoción de la salud. Trabajar con ellos facilita la planificación basada en la comunidad, la identificación conjunta y utilización eficiente de los recursos y permite intervenciones más centradas, efectivas y que responden mejor a las necesidades concretas.

Las organizaciones de la sociedad civil también son socios importantes para la promoción a nivel local. Además, a los niveles nacionales e internacionales, las alianzas con organizaciones de la sociedad civil ofrecen importantes oportunidades para crear alianzas que hablan con una sola voz y por tanto ofrecer un modo más efectivo de influir en las agendas. AMREF trabajará a nivel local, nacional y dentro de África para concienciar de la importancia de la

sociedad civil en la promoción de la mejora de salud para todos. Trabajar con organizaciones de la sociedad civil en consorcios con ONGs especializadas ofrece una combinación complementaria de capacidades y experiencia.

Redes de contactos

El establecimiento de redes de contactos (*networking*) es clave para esta estrategia y será promovido a todos los niveles. El énfasis se pondrá en reforzar la cooperación entre ministerios de salud, ONGs, la sociedad civil, instituciones de formación en África y AMREF. Se hará un esfuerzo por explorar selectivamente acuerdos de colaboración mutuamente beneficiosos con instituciones nórdicas y se revisarán los acuerdos de colaboración ya existentes para optimizar la dimensión de equidad de tales iniciativas.

Prestación de servicios

AMREF no realizará prestación de servicios como un fin en sí mismo, sino como mecanismo para probar modelos de prestación de servicios que optimicen la efectividad, la eficiencia, la calidad y la rendición de cuentas a nivel comunitario. La prestación de servicios también se usará para reforzar la participación de las comunidades en los sistemas de salud, para probar mecanismos de aseguramiento de la calidad y para desarrollar las capacidades de proveedores de servicio dentro de equipos de salud de distrito, el sector de salud informal y las comunidades. La prestación de servicios que no ofrezca la oportunidad de aprender no formará parte de esta estrategia.

Asistencia técnica

AMREF desarrollará las capacidades de gestión y técnicas de organizaciones de la sociedad civil de desarrollo de salud para permitirles asumir con mayor efectividad sus roles y responsabilidad y transferir sus conocimientos a las comunidades. Esto conlleva reforzar la capacidad de las OSC para establecerse y gobernarse a sí mismos, desarrollar programas efectivos, obtener acceso a recursos sostenibles y adoptar mejores prácticas. AMREF también ayudará a las OSCs a realizar evaluaciones de necesidades y encuestas de base así como en el diseño, implementación y M&E de las intervenciones. También asistirá en el mantenimiento de SIGS que vinculen a estas organizaciones con el sector de salud formal. AMREF, cuando lo juzgue apropiado, actuará como su voz representante y las asistirá en aumentar su capacidad de persuasión como defensores del cambio. También utilizaremos la asistencia técnica a las OSCs como un mecanismo para crear un grupo de organizaciones que compartan nuestros valores y principios y que compartan el compromiso de AMREF de reforzar los sistemas de salud.

AMREF trabajará con gobiernos, OSCs y comunidades para desarrollar sus capacidades para hacer la transición desde programas curativos a una atención más preventiva, una educación sanitaria y la promoción de la buena salud. AMREF pondrá especial énfasis en aquellas actividades que estrechen el vínculo entre las comunidades y el nivel atención sanitaria de distrito. Seguiremos promoviendo la provisión de soporte técnico desde dentro de África para la salud comunitaria y ampliando la aplicación de modelos que reduzcan las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud.

Formación

La formación es uno de los puntos fuertes de AMREF y será un elemento clave de esta estrategia. AMREF utilizará la formación como una herramienta para la divulgación de información sanitaria y para compartir conocimientos y capacidades. La formación continua y a distancia serán un elemento clave, y se buscará la adopción de nuevos métodos de aprendizaje, por ejemplo utilizando tecnologías de la información. Se prevé que los programas de formación de AMREF se extenderán a otros sitios y países mediante el aprendizaje electrónico y alianzas estratégicas durante este periodo estratégico. Se explorarán oportunidades para utilizar el aprendizaje electrónico en cursos de AMREF ya existentes como el Diploma en Salud Comunitaria.

Investigación y gestión de conocimientos

AMREF seguirá facilitando el desarrollo de modelos innovadores para la participación comunitaria en la mejora de su salud, así como la documentación y divulgación de lecciones de estudios de caso. AMREF trabajará con OSCs para permitirles contribuir a fijar la agenda de investigación y liberar el potencial de recursos humanos infrautilizado dentro de las comunidades para realizar ellos mismos investigación. Junto con otros, AMREF utilizará la evidencia de la necesidad de cambio y fomentará y apoyará la adopción a mayores escalas de modelos que se hayan implementado con éxito, especialmente aquellos que hayan optimizado la eficiencia de los servicios comunitarios y aquellos que hayan promovido la reducción de las desigualdades.

Las actividades de investigación de operaciones se incorporarán en todos los programas para asegurar la recopilación permanente de información vital y para reforzar la M&E. AMREF seguirá colaborando con otras instituciones para asegurar la producción continuada de investigación de calidad en áreas relevantes de esta estrategia. Esta estrategia sitúa el énfasis en la investigación de sistemas y políticas de salud. AMREF mejorará la documentación, publicación y divulgación de los resultados y las lecciones aprendidas. También se pondrá énfasis en compartir el aprendizaje de la experiencia, en intercambiar ideas y en fomentar el diálogo en la región.

Promoción basada en la evidencia

Esta estrategia integrará nuestras experiencias de proyecto e investigación y utilizará la base de evidencia resultante para influir en las políticas y prácticas acerca de cuestiones que afectan las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud. Nuestro trabajo para influir en las decisiones y políticas contará con la participación de toda la organización de AMREF; a través de nuestras oficinas nacionales en Europa y Norteamérica, AMREF tiene una oportunidad única de llevar la evidencia africana y una voz africana a las personas que toman las decisiones y diseñan las políticas del norte.

Nuestra promoción basada en la evidencia hará uso de información rigurosamente vetada, y de un plan de comunicación coordinado, desarrollando un entorno que sirva de soporte para los cambios en políticas y/o práctica que se pretenden. Una campaña exitosa de promoción basada en datos lleva

tiempo de diseñar e implementar y AMREF gestionará un número limitado de campañas en cada momento.

Concesión de ayudas

AMREF utiliza la concesión de ayudas junto con un compromiso de fortalecer las capacidades de gobierno y gestión de las OCs y ONGs beneficiarias. AMREF cuenta con sistemas que soportan la concesión de ayudas para cuestiones que entran dentro de la estrategia general de AMREF. Este elemento estratégico dependerá de la disponibilidad de recursos.

Monitorización y Evaluación (M&E)

Para asegurar una monitorización y evaluación adecuada de los objetivos estratégicos a lo largo de los próximos 10 años, se desarrollará un completo plan de M&E, que se irá modificando según sea necesario. Se adaptarán indicadores cuantitativos y cualitativos ya existentes en los casos en los que se pueda, y se desarrollarán y definirán otros, tanto para la implementación de la estrategia en general como para los resultados específicos, que contribuyan a alcanzar el objetivo estratégico. Se establecerán hitos a alcanzar para cada año, junto con objetivos de fin de proyecto.

Habrà un punto de información central en AMREF para M&E, y junto con sus socios, AMREF determinará las responsabilidades de monitorizar e informar acerca de cada indicador. Se realizarán las encuestas de base que sean necesarias, y las fuentes de datos, los métodos de recopilación y los tiempos se determinarán para los resultados y para los niveles de rendimiento. Las limitaciones con respecto a la recopilación de datos y análisis se identificarán desde el inicio y se mitigarán todo lo posible.

Capítulo 6

Organización

Durante los últimos cuatro años, AMREF ha logrado importantes progresos en la revitalización de sus programas mediante actividades de refuerzo organizativo, desarrolladas a raíz del deseo de AMREF de ofrecer iniciativas de vanguardia en materia de desarrollo de salud. Mediante este proceso, AMREF ha obtenido:

- mejor liderazgo técnico
- un enfoque más definido en sus programas existentes mediante simples evaluaciones de nuestra ventaja comparativa
- coherencia en la gestión de programas y proyectos
- mayor énfasis al apoyo a los programas más pequeños en Etiopía y Sudáfrica (y la decisión de retirarse temporalmente de Mozambique)
- mejor desarrollo de propuestas
- mayor capacidad de comunicación sobre AMREF a públicos externos
- mejor gestión de RRHH (incluida una política interna de VIH para su personal)

Este refuerzo organizativo ha contribuido a duplicar el apoyo financiero al programa y cartera de proyectos de AMREF en los últimos cuatro años.

Gobierno

El Consejo se encarga de asegurar que AMREF se gestione de acuerdo con la estrategia y políticas aprobadas por el Consejo. Esto incluye su misión, su gestión de recursos financieros y humanos, y tiene en cuenta el marco global en el que opera AMREF. Otro papel importante del Consejo es apoyar a la dirección en el cumplimiento del papel de AMREF como proveedor de servicio, como organización de promoción basada en conocimientos y como conducto para financiación pública y privada.

El Foro Internacional

AMREF y las oficinas nacionales que conforman el Foro Internacional han tomado recientemente la importante decisión de que todas forman parte de una única AMREF. Esta decisión tendrá implicaciones para la programación y para las actividades conjuntas en este periodo estratégico de diez años. La alianza entre AMREF y las oficinas nacionales ha sido esencial para el desarrollo de AMREF durante los últimos 50 años. Durante el periodo estratégico habrá cuatro funciones compartidas:

- aumentar la concienciación sobre AMREF y sobre la agenda de salud de África
- trabajar con donantes existentes y nuevos para aumentar la base de financiación de AMREF y las cantidades de financiación con restricciones y sin restricciones que llegan a AMREF
- desarrollar conjuntamente y utilizar sistemas de información compartidos para la planificación, financiación e información de programas
- llevar la voz de África en materia de salud a las capitales del norte mediante un plan de defensa de intereses (*lobbying*) planificado conjuntamente y mediante una promoción basada en la evidencia.

El Foro Internacional está representado en el Consejo de AMREF por su Presidente.

Planificación de Programas

AMREF trabaja a través de equipos de dirección sénior a nivel institucional y en cada programa de país. Estos equipos proporcionan un flujo de cuestiones y decisiones de gestión a través de la organización. AMREF organiza Reuniones Anuales de Programa cada año que reúnen a altos y medios directivos en programas de países y a nivel institucional. El vínculo entre la gestión de los programas y el Consejo es a través del Comité de Programas de Salud del Consejo.

Gestión de Programas

AMREF tienen un nuevo sistema de gestión de programas y proyectos que anima al personal a asumir responsabilidades por áreas específicas de una manera estandarizada en toda la organización.

Esto incluye:

- diseño, financiación, implementación y monitorización de los proyectos que apoyan la misión y estrategia de AMREF
- establecer límites de toma de decisión
- asegurar una mejor captura y divulgación del conocimiento

El sistema constituye la espina dorsal de la gestión de AMREF, proporcionando vínculos con:

- gestión del rendimiento
- desarrollo de capacidades organizativas
- gestión de conocimientos organizativos (incluidos los sistemas para capturar y manipular dichos conocimientos)

AMREF está también revisando y racionalizando su marco y plan de monitorización y evaluación institucional para alinearlos con los cambios en la estrategia.

Seguimiento del progreso

En el transcurso de este periodo estratégico, se monitorizará el entorno externo en África y en cada programa de país para asegurar que el documento y el programa de AMREF sean en todo momento relevantes a las necesidades de África y de su gente.

Sistemas financieros

AMREF cuenta con un completo sistema de gestión financiera que realiza el seguimiento de los ingresos y gastos en toda la organización y tiene vínculos al aprovisionamiento e inventarios de almacenes y activos capitales. Existe un Manual Financiero para la gestión de los activos financieros de AMREF. El grupo de auditoría interna de AMREF (que depende del Comité de Auditoría y Finanzas del Consejo) aplica un enfoque de auditoría basado en riesgos. Las finanzas de AMREF son auditadas todos los años por parte de una firma de auditoría de prestigio internacional. Asimismo, publica sus cuentas anuales.

Sistemas de recursos humanos

AMREF tiene un grupo de RRHH institucional vinculado a la capacidad de RRHH de todos los programas de países. La gestión de los RRHH se guía por un manual de RRHH aprobado por el Consejo, y está supervisada por el Comité de RRHH del Consejo.

Tecnologías de la información

AMREF cuenta con una función de TI que soporta servicios de correo electrónico e Internet en toda la organización. Además, el equipo de TI impulsa el desarrollo de bases de datos tanto a nivel de organización como a nivel de programas y participa en el diseño y uso de nuevas herramientas y métodos de TIC para la mejora de la salud.

Estrategias de programas de países de AMREF

Esta estrategia institucional proporciona el marco para el desarrollo de estrategias de programas de países. Cada estrategia de programa de país prestará especial atención al contexto de su país pero operará dentro de los límites del programa incluidos en la estrategia institucional. Los consejos consultivos de cada país (una junta consultiva en el caso de Sudáfrica) asisten en el establecimiento de prioridades, la identificación de oportunidades y la monitorización de los programas.

Comunicación y la marca AMREF

AMREF proporciona un flujo de información a oficinas nacionales y sus socios para apoyar la recaudación de fondos. Su sitio web, actualmente con 1 millón de visitas al mes, ofrece una herramienta completa y fácil de navegar y soporta este flujo de información. El Comité de Recaudación de Fondos y Comunicación del Consejo también apoya los esfuerzos de comunicación de AMREF.

AMREF ha reevaluado su marca y ha desarrollado una postura común. Existe un libro de marca y la organización está bien situada para hablar con una sola voz acerca de AMREF. Hemos acordado que AMREF es una organización internacional africana de desarrollo de la salud y que todas las partes de AMREF, incluidos nuestros programas de países en África y nuestras oficinas nacionales en Europa y Norteamérica, forman parte de una misma organización. Durante los próximos diez años, AMREF trabajará para mantener la claridad de su marca y utilizar el poder de su marca para fomentar el trabajo de la organización.

Financiación

Durante los últimos cinco años, el gasto total de AMREF ha ascendido de 19,4 millones de dólares a 58 millones de dólares. Este crecimiento tiene su origen en un aumento sustancial de nuestros ingresos para proyectos. AMREF recibe cada vez más y mayores ayudas. Este es el resultado de una política deliberada de buscar ayudas más grandes y de mayor duración, y así hacer que la labor de elaboración de informes para ayudas sea más efectiva en términos de tiempo y coste. Seguiremos con esta política.

Una financiación sin restricciones soporta el desarrollo institucional de AMREF, gran parte de nuestro liderazgo técnico interno, nuestra capacidad de investigación y nuestra comunicación a públicos externos. La implementación plena de esta estrategia en el curso del periodo de diez años requerirá la suma de 40,3 millones de dólares en financiación sin restricciones para desarrollar y mantener las competencias institucionales necesarias. Al haber sido siempre frágil la base de financiación sin restricciones de AMREF, hemos desarrollado un plan de diez años para obtener financiación sin restricciones. Perseguiremos cinco rutas para aumentar la cantidad y la seguridad de ingresos sin restricciones:

- aumento de la cartera de programas, aumentando así la cuantía total de recuperación de gastos generales
- búsqueda de nuevos donantes dispuestos a donar a la organización fondos sin restricciones; estos donantes serán probablemente agencias gubernamentales, individuos con patrimonio personal, fundaciones y corporaciones.
- investigación de formas novedosas de recaudar fondos; por ejemplo, AMREF está explorando la posibilidad de alguna fórmula de donación por Internet
- el establecimiento de un fondo de donaciones para utilizarlo como fuente de fondos sin restricciones
- uso de ingresos de una rama de consultoría de la organización

El Comité de Recaudación de Fondos y Comunicaciones del Consejo apoyará las nuevas actividades de financiación de AMREF.

Huella geográfica

En AMREF a menudo se nos pregunta nuestra opinión sobre cuestiones de salud que afectan a África, y nos estamos erigiendo con cada vez más fuerza como una “voz africana para la salud”. Para que AMREF refuerce esta voz africana es preciso que tengamos presencia más allá de nuestro actual centro de operaciones en África Oriental y Sudáfrica. AMREF, por tanto, volverá a examinar su huella geográfica durante este periodo de diez años.

La política de desarrollo sanitario es tal que AMREF no tendrá una voz creíble sin algún tipo de presencia en subregiones en las que actualmente no trabajamos. Abordar esta situación conlleva asegurar calidad donde AMREF ya trabaja y encontrar modos coste-efectivos de extender la huella de AMREF dentro de África.

Para ello, AMREF se planteará:

- desarrollar alianzas estratégicas, con frecuencia incluyendo asistencia técnica, para crear un grupo de organizaciones con valores compartidos dispuestos a trabajar juntos y compartir capacidades de gestión y técnicas.
- extender el programa de formación de AMREF con socios en nuevos países dispuestos a proporcionar instalaciones y personal para impartir los programas de formación de AMREF
- crear centros regionales en el cuerno de África, África del sur y África occidental.

Actualmente, AMREF no cuenta con presencia física en África occidental y la primera prioridad para este centro será buscar alianzas con gobiernos e

instituciones de salud en la región. El centro regional para África Occidental cubrirá inicialmente tanto los países francófonos como los anglófonos. AMREF también utilizará alianzas y asociaciones estratégicas para organizar los centros regionales y evitar el enorme desembolso de gastos requerido para nuevos programas de países. Estas alianzas proporcionarán a AMREF un mecanismo coste-efectivo y flexible para responder a nuevas oportunidades de programas de países.

En África oriental, donde los programas de países están maduros, con infraestructuras y carteras de programas establecidos, no se creará un centro regional. Sin embargo, se analizarán las oportunidades de compartir recursos y competencias entre los tres programas de país en Kenia, Tanzania y Uganda.

Capítulo 7

Conclusión

La estrategia de AMREF para 2007-2017 lleva implícita la creencia de que **las comunidades deben considerarse como el principio organizativo de los sistemas de salud**. Actualmente, sin embargo, existe una brecha que separa las comunidades marginadas y vulnerables del resto del sistema de salud. Esta brecha impide la integración de estas comunidades en el sistema y exacerba las desigualdades en atención sanitaria, debilitando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Para ayudar a reducir estas desigualdades y cerrar la brecha, la nueva estrategia de AMREF da prioridad a las necesidades de las comunidades en todas sus iniciativas de programa.

Específicamente, el objetivo de la estrategia de AMREF es “mejorar la salud de África impulsando un movimiento basado en la evidencia dirigido a reducir las desigualdades entre las comunidades y el resto del sistema de salud”. Los principios programáticos orientados a procesos y aplicados a todas las actividades que se han desarrollado para esta estrategia asegurarán que AMREF actúe de forma integral e integrada y se centre en las necesidades de las comunidades. Todas las intervenciones, y especialmente aquellas financiadas por programas verticales, deberán responder a los principios programáticos (por ejemplo, deberán ser a favor de los pobres, culturalmente sensibles y sensibles a la perspectiva de género, entre otros). De este modo, AMREF asegurará que permanece centrado en su objetivo estratégico.

La selección de las tres temáticas de esta estrategia está basada en la crisis de salud africana, la ventaja comparativa de AMREF y cinco décadas de experiencia trabajando con las comunidades y los sistemas de salud en la región. Se han seleccionado tres temáticas interdependientes que responden a cuestiones fundamentales específicas que generan y sostienen las desigualdades:

1. Alianzas con comunidades para lograr una mejora de la salud
2. Desarrollo de capacidades para fortalecer las comunidades y mejorar la capacidad de reacción de los sistemas de salud
3. Investigación de los sistemas de salud para el desarrollo de políticas y prácticas pertinentes

A lo largo de los próximos diez años, AMREF monitorizará continuamente sus intervenciones y evaluará el progreso. Para nuestro plan completo de implementación, monitorización y evaluación hemos preparado un documento que acompaña al de esta estrategia. A medida que vayamos recopilando conocimientos y evidencia en nuestro trabajo de programas y nuestra investigación, desarrollaremos iniciativas de promoción para influir a los creadores de políticas a promover las mejores prácticas identificadas.

Trabajando en colaboración con nuestros socios, AMREF tiene la intención de colocar la cuestión de reducir las desigualdades entre las comunidades vulnerables y los sistemas de salud al frente de la agenda de desarrollo para la mejora de la salud de África.