

Repensar la arquitectura sanitaria global al servicio de las necesidades de África

por Catherine Kyobutungi

Una perspectiva desde la región africana



Los recientes cambios políticos y financieros plantean un desafío sin precedentes para la salud global, pero también ofrecen una oportunidad muy esperada para llevar a cabo una reforma significativa. Wellcome ha solicitado a cinco líderes de pensamiento sobre salud global de diferentes regiones que analicen qué características podría tener una arquitectura sanitaria global replanteada. Estas cinco propuestas pretenden servir como punto de partida para entablar conversaciones a nivel regional y global. No se espera que sean representativas ni estén consensuadas, sino que provoquen conversación y debate.

Este es uno de los cinco artículos encargados por Wellcome. Los artículos no son, ni pretenden ser, asesoramiento ni de Wellcome Trust ni de los autores. De ninguna manera expresamos, declaramos ni garantizamos, explícita ni implícitamente, que los artículos sean precisos, completos ni actualizados. El uso de estos artículos está sujeto a su propio juicio. Los puntos de vista y las opiniones que se expresan en cada artículo pertenecen exclusivamente a su autor y no reflejan necesariamente la política o la postura oficial de Wellcome.

Resumen ejecutivo

En el presente artículo se propone una transformación radical de la Arquitectura Sanitaria Global (GHA) con el fin de atender mejor las necesidades sanitarias de África y abogar por un cambio del enfoque de “salvadorismo” a otro que se base en la equidad, la autodeterminación y la transformación sistémica.

Las reformas propuestas están sustentadas en una crítica de la actual GHA, dado que se destacan sus orígenes en el colonialismo, su perpetuación de las disparidades de poder y su enfoque en programas verticales y específicos para cada enfermedad que han debilitado los sistemas de salud africanos en lugar de fortalecerlos. Se reconocen los resultados positivos anteriores en materia de reducción de la mortalidad infantil y de las enfermedades infecciosas, pero se sostiene que estos avances resultan insostenibles debido a la escasa inversión en los sistemas de salud básicos y a la falta de respuesta ante los desafíos sanitarios en constante evolución, como las enfermedades no transmisibles y el cambio climático.

En este artículo se pone de relieve que la GHA reformada debe ser catalizadora y complementaria, además de tener plazos definidos, gozar de flexibilidad y basarse en la equidad, la dignidad y la solidaridad. Se proponen cambios estructurales concretos, como el liderazgo africano en el establecimiento de prioridades, la consolidación de las capacidades y la transferencia de tecnología, el desarrollo de marcos de implementación, la generación de evidencia, el rediseño del sistema de conocimiento científico, la configuración de nuevas narrativas, el rediseño de los programas de formación en salud mundial, la integración de los resultados positivos, la reorientación de los mecanismos de financiación y el fortalecimiento de la coordinación internacional, con especial atención a la capacidad de acción africana.

La reforma de GHA propuesta prevé que los sistemas de salud de África, una vez replanteados, prioricen la atención primaria de salud (APS) como marco organizativo con miras al fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS). Entre sus características principales se destacan la soberanía institucional, los sistemas de aprendizaje basado en el conocimiento, las mediciones del rendimiento dependientes de cada país y el aprovechamiento de los conocimientos indígenas. Las reformas propuestas están al servicio de los sistemas de salud replanteados y recogen principios rectores, la función y la conformación de la GHA, así como una hoja de ruta en pro de la reforma. Esa hoja de ruta abarca dos fases superpuestas de cinco años de duración destinadas a sentar las bases de la transición exitosa hacia el FSS como cuestión prioritaria para África, así como una fase de implementación/consolidación que depende del éxito de los primeros cinco años:

Fase A. Rediseño de los sistemas de salud de África

(2026–2030): Esta fase se centra en la generación de evidencia para sentar las bases de los sistemas de salud rediseñados, lo cual comprende la revisión y la comprobación de los marcos operativos relacionados con la APS, el FSS, las medidas multisectoriales y la transferencia de conocimientos. También conlleva establecer las prioridades sanitarias de África con el fin de definir un nuevo marco de desarrollo global posterior a 2030, liderado por organizaciones africanas dedicadas a la actividad académica o a la investigación y a la formulación de políticas, con el apoyo de instituciones de países de ingresos altos. La consolidación de las capacidades de las instituciones africanas constituye un componente clave.

Fase B. Reforma de la Arquitectura Sanitaria Global

(2026–2030): Esta fase abarca un período de transición en el que se mantendrán las actuales Iniciativas de Salud Global (GHI) durante el desarrollo de nuevos modelos. Se emprenderán reformas en el sistema de investigación y conocimientos relacionados con la salud global, como la revisión de los planes de estudios de las instituciones sanitarias globales en los países de ingresos altos y la reforma de los sistemas de recompensa académica. Los resultados de la fase A servirán de base para elaborar un nuevo marco posterior a 2030, y las GHI comenzarán a estructurar sus estrategias para incorporar el FSS y destinar fondos a tal fin.

Fase C. Implementación y consolidación (2031 y años

posteriores): Esta fase se centrará en la plena implementación y consolidación de los sistemas de salud africanos rediseñados y la reforma de la GHA.

Una característica clave de los sistemas de salud africanos rediseñados es el sistema de conocimientos sólido que permite desarrollar los marcos globales y operativos necesarios para el FSS, orientar la fijación de prioridades específicas de cada país para contribuir a la reforma necesaria de la GHA, ofrecer garantías a todos los actores de la GHA con respecto al posible impacto del cambio al FSS y, posteriormente, proporcionar evidencia de manera sistemática a los responsables de la toma de decisiones en cada país.

Si bien la GHA reformada tendrá los mismos actores, el papel de las organizaciones internacionales y otras instituciones con sede en países de ingresos altos consistirá principalmente en la consolidación de las capacidades y la transferencia de habilidades a las instituciones africanas. Las estructuras vigentes en el ecosistema de conocimientos africano se verán fortalecidas por medio de la formación de personas e intervenciones con el fin de crear instituciones sólidas, como unidades de formulación de políticas que dispongan de los recursos adecuados para dirigir la transformación del sistema sanitario del continente.

Introducción

Koplan y otros (2009) definen la salud mundial como un campo de **estudio, investigación y práctica** que prioriza la mejora de la salud y el logro de la equidad en la salud para todas las personas a nivel mundial.¹¹ En esencia, la salud mundial se rige por la necesidad imperativa de que exista equidad sanitaria entre los países y dentro de ellos, lo cual exige una responsabilidad colectiva y una acción coordinada para examinar los factores determinantes y los resultados sanitarios en común. El deseo de alcanzar la equidad en los resultados sanitarios se ha interpretado en la práctica como la adopción de medidas encaminadas a reducir las disparidades relacionadas con la salud y mejorar los resultados sanitarios de las poblaciones vulnerables de los países de ingresos bajos y medios (PIBM) por parte de los actores en los países de ingresos altos (PIA). Con el tiempo, la atención se ha centrado en mejorar esos resultados sin intentar hacer frente a los factores estructurales que dan origen a las vulnerabilidades en primer lugar. Los tres pilares de la salud mundial —a saber, la investigación, el estudio y la práctica— están interconectados en ciclos que se refuerzan entre sí y que han mantenido determinados temas de salud en el centro de atención. La reforma de la arquitectura sanitaria global (GHA) requerirá romper esos ciclos.

El sistema sanitario mundial se sustenta en una GHA compuesta por los siguientes elementos: i) **organizaciones internacionales**, como los organismos de las Naciones Unidas y las instituciones multilaterales, que se encargan de establecer normas y estándares y desempeñan un papel coordinador para llevar adelante esfuerzos sanitarios mundiales; ii) **marcos e iniciativas** que suelen negociarse y convenirse a través del sistema de las Naciones Unidas por parte de los Estados miembros y que tienen por objeto examinar prioridades sanitarias concretas; iii) **actores financieros**, como donantes bilaterales y multilaterales, bancos de desarrollo, organizaciones no gubernamentales internacionales (ONGI) y organizaciones filantrópicas que proporcionan los recursos financieros para poner en práctica los marcos negociados. Por su propia naturaleza, la GHA está dominada por organizaciones y países poderosos, cuyos procesos y sistemas refuerzan y sostienen las disparidades de poder. Un estudio realizado por Global Health 50/50 demuestra que el liderazgo en materia de salud mundial sigue estando sumamente sesgado, dado que la mayoría de las organizaciones de salud mundial tienen su sede en Europa, el Reino Unido y los Estados Unidos.²

Los actores financieros de la salud mundial proporcionan recursos para respaldar los marcos y las iniciativas de salud mundial, pero en consonancia con sus propias prioridades relacionadas con la formulación de políticas y al servicio de intereses geopolíticos. Como consecuencia de ello, se presta un apoyo que no fomenta la capacidad local, dado que genera dependencia y produce consecuencias no deseadas sobre la (in)sostenibilidad de los sistemas de salud en los países africanos. La ayuda y el apoyo constituyen herramientas de control que se ofrecen y retiran según el capricho de quien ayuda, como se ha visto últimamente. Las herramientas de control se extienden al papel desmesurado que desempeñan las ONGI en la implementación de programas a gran escala y el apoyo que prestan a componentes fundamentales de los sistemas de salud (así como el control que ejercen sobre ellos), como los sistemas de información sanitaria. La elección de las prioridades sanitarias mundiales, con el apoyo de la arquitectura financiera de salud global, ha dado origen a programas verticales, que se centran en enfermedades o problemas de salud concretos y suelen soslayar los procesos nacionales de planificación y presupuestación, lo cual limita el control gubernamental y la integración de los servicios.³ Con el tiempo, estos mecanismos crean una “sustitución institucional”, es decir, sistemas externos que reemplazan la capacidad nacional en lugar de desarrollarla.⁴ Las narrativas de catástrofe que difunden los actores poderosos en el ámbito de la salud mundial desalientan los discursos significativos que promuevan reformas.

Hasta ahora no se ha podido abordar el origen de las vulnerabilidades —lo cual entraña, entre otras tareas, fortalecer los sistemas de salud subyacentes—, presuntamente porque ello trasciende el mandato de algunos de los grandes actores, como las principales iniciativas de salud global (GHI), que se centran exclusivamente en afecciones de salud concretas. Sumado a ello, no existen marcos globales obligatorios para esa clase de enfoques que guarden similitud con los que sustentan las GHI vigentes. El atractivo de los resultados sanitarios tangibles y cuantificables, como las vidas salvadas, es mayor que el de un proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS) que puede resultar complicado y cuyos resultados pueden no ser fácilmente cuantificables en un ciclo de financiación de cinco años.

La crisis y la oportunidad

La crisis de financiación sanitaria global de 2025 ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de los sistemas dependientes de la ayuda, así como el papel de las organizaciones sanitarias mundiales en el (mal) funcionamiento de los sistemas sanitarios africanos. Ha revelado un sistema sanitario mundial quebrado, caracterizado por las disparidades de poder: el modo en que los países ricos y poderosos han ejercido y siguen ejerciendo su poder sobre los países menos ricos y menos poderosos a través de actores que, de manera consciente o inconsciente, actúan al servicio de intereses geopolíticos. La reforma de la GHA requiere reequilibrar la ecuación de poder; no obstante, para ello es preciso comprender y romper los mecanismos a través de los cuales se propaga la asimetría de poder.

La salud mundial tiene sus raíces en la salud pública, la “medicina tropical” y la salud internacional, que a su vez tienen su origen en el colonialismo. La medicina tropical como campo surgió de la necesidad de proteger a los administradores coloniales, sus familias y los ejércitos coloniales de las enfermedades en los territorios colonizados y de prevenir las enfermedades donde se producían, así como su transmisión a otros países. En la era poscolonial, ese campo mantuvo su relevancia, dado que persistieron los vínculos con las antiguas colonias. La salud internacional se ocupa de los problemas y desafíos sanitarios de los PIBM vinculados con la protección de las poblaciones de los PIA y sus intereses y aspiraciones comerciales.^{5,6} La salud mundial, tal y como se entiende actualmente, ha heredado la cultura, los sistemas y las herramientas que se centran en los intereses de los PIA, y sus prioridades siguen estando determinadas en gran medida por expertos que se formaron o trabajan en instituciones de los PIA.

La salud mundial se inscribe en un contexto político, económico y social mundial en el que las narrativas se forman, moldean y propagan a través del sistema educativo, los medios de comunicación y la cultura popular con el fin de mantener las estructuras de poder poscoloniales. Estas narrativas refuerzan el salvadorismo, es decir, la noción de que hay países que constantemente tienen problemas y otros que siempre tienen soluciones. Las intervenciones se basan en las competencias y los conocimientos del “salvador” y no en las necesidades y la capacidad de acción de las personas que se pretende salvar.

Situación actual: logros en la salud mundial y avances en medio de la imperfección

El actual sistema de salud mundial ha tenido éxitos en las últimas dos décadas, aproximadamente. Se han alcanzado logros notables en la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, que en gran medida obedecen a los avances en la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles y las enfermedades infecciosas más comunes en los adultos.⁷ Ello trajo consigo un aumento significativo de la esperanza de vida en muchos países del continente africano. Estos resultados positivos se deben a los esfuerzos concertados a nivel mundial basados en los ODM y, posteriormente, en los marcos de los ODS, en torno a los cuales se han llevado adelante actividades de movilización de recursos, inversiones en programas de

prestación de servicios a gran escala, reducciones del costo de las tecnologías e inversiones en sistemas de datos para la rendición de cuentas a nivel mundial. Según análisis recientes, se ha registrado una desaceleración en los indicadores de salud materna, neonatal e infantil, y se ha constatado que muchos países africanos no están encaminados a lograr las metas de los ODS para 2030.⁸ En ese sentido, se plantean dudas respecto de la sostenibilidad y el impacto a largo plazo de este enfoque.

Situación actual: fracasos del sistema de salud mundial

La rapidez con la que se desarrollaron las vacunas contra el COVID-19 —en menos de un año desde la aparición del virus— demostró el poder de la innovación científica, la colaboración mundial y la rápida movilización cuando la voluntad política se alinea con la urgencia de la salud pública. Si bien ese logro se vio opacado por el acaparamiento de vacunas y el acceso desigual a ellas, demostró que la coordinación entre países, sectores e instituciones no solo es posible, sino también eficaz. Del mismo modo, la rápida contención y respuesta a la viruela símica en los PIA puso de manifiesto que, cuando las amenazas afectan a actores poderosos, rápidamente se gestionan los recursos, la atención y las medidas. En ese sentido, la GHA ha replicado reiteradamente los legados coloniales, ha contribuido a la violencia epistémica y ha privilegiado a las instituciones de los PIA en la definición de la agenda.

Los avances en materia de salud observados en las últimas dos décadas se han logrado en el marco de sistemas de salud cada vez más débiles, con deficiencias en materia de financiación, dotación de personal, suministros e infraestructura. El éxito de los programas verticales de gran visibilidad ha seguido ocultando estos fracasos.

Las inversiones en los sistemas de salud siguen siendo escasas, a menudo debido a las condicionalidades que se imponen para acceder a los préstamos de las instituciones crediticias internacionales, como la prohibición de contratar personal ante la escasez de trabajadores de la salud. Como consecuencia de ello, la adecuación del personal de salud sigue siendo extremadamente deficiente, y los objetivos parecen inalcanzables incluso en los próximos cincuenta años al ritmo actual de los cambios.⁹

Ineficiencia: La participación de múltiples financiadores en el sistema de salud, a menudo con mandatos superpuestos y esfuerzos descoordinados, **genera ineficiencias**, sobrecarga la capacidad de gestión local y establece sistemas paralelos de adquisición, contabilidad y presentación de informes. Una característica común de estos programas es la capacitación reiterada de los pocos profesionales sanitarios del sistema, a los que se les imparten las habilidades necesarias con el fin de ejecutar tareas en el marco de proyectos concretos, o bien para aplicar herramientas y directrices dentro de los proyectos. Estas capacitaciones rara vez se integran en los planes de estudios previos al ejercicio profesional en el ámbito de la salud.

El sistema sanitario tampoco responde a las tendencias cambiantes que se producen a escala local y mundial.

Guiados por marcos e iniciativas sanitarias mundiales, los financiadores influyen en la priorización de los programas sanitarios e imponen parámetros acordes con sus agendas, lo cual restringe la autonomía que tienen los países receptores para formular sus políticas.¹⁰ Esta “dependencia estructural” limita la capacidad de los gobiernos africanos para definir sus prioridades sanitarias de manera independiente.¹¹ El continente se enfrenta a una cuádruple carga de enfermedades infecciosas y afecciones relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil, enfermedades no transmisibles (ENT), enfermedades mentales y lesiones no intencionales. Las transiciones epidemiológicas y de otra índole, que se encuentran bien documentadas, y el agravamiento de la cuádruple carga siguen siendo opacados por las pocas afecciones sanitarias que se consideran prioritarias a nivel mundial. No se han desarrollado iniciativas de salud global significativas a pesar de que algunas de estas afecciones estén recogidas en marcos como los ODS. Las inversiones siguen siendo escasas, y no se han puesto en práctica las políticas formuladas para hacer frente a una catástrofe sanitaria pública inminente.

En medio de estos fracasos **surgen cuestiones y tendencias** como el cambio climático, la desinformación y la información errónea, el rápido crecimiento demográfico en el contexto del descenso de la población mundial y el uso de la inteligencia artificial y tecnologías afines. Los sistemas sanitarios africanos carecen de la preparación para hacer frente a estas importantes tendencias.

Fracasos persistentes de la salud pública mundial

La salud mundial surgió como campo definido alrededor de 1990, en parte como respuesta a la pandemia del VIH/sida, y el concepto cobró relevancia desde principios de la década de 2000 hasta los primeros 15 años del nuevo milenio, mientras el mundo se enfrentaba a sucesivas amenazas de enfermedades infecciosas emergentes.⁵ En los últimos 20 años, la salud mundial se ha convertido en una de las áreas más importantes de la política exterior, de desarrollo y de seguridad. Debido a sus orígenes, este campo ha crecido en paralelo a otros marcos, como la **atención primaria de salud (APS)**, y con el tiempo ha mermado su relevancia.

La declaración de Alma Ata de 1978 centró la atención mundial en la APS como factor clave para alcanzar un nivel aceptable de salud en todo el mundo en el año 2000. En la declaración se recogían elementos fundamentales para las reformas propuestas. En ese sentido, se ponía de manifiesto lo siguiente: i) el papel de **múltiples sectores**, además del sector sanitario, en la consecución de este objetivo; ii) la inclusión: el derecho y el deber de las personas a **participar** en forma individual y colectiva en la planificación y la implementación de su atención sanitaria; y iii) el lugar de la **APS**: servicios sanitarios esenciales que sean accesibles para todas las personas, que resulten asequibles y que promuevan la autosuficiencia. Se ha avanzado poco en la materialización de los principios que se enuncian en la declaración.

El primer fracaso es que la mayoría de los países no han puesto en práctica el concepto de **APS**, con algunas

excepciones. A partir de 2014, Etiopía ha integrado satisfactoriamente la prevención, el tratamiento y la atención de las ENT en su sistema descentralizado de APS.^{12,13} Ruanda ha logrado una cobertura sanitaria casi universal mediante un seguro médico y una prestación de servicios gestionados a nivel local y basados en la comunidad.¹⁴ También se ha avanzado poco en el desarrollo de nuevas herramientas destinadas a la promoción de la salud y, salvo en el caso del VIH, tampoco se han creado marcos prácticos que permitan adoptar medidas multisectoriales. Como consecuencia de ello, nunca se ha logrado materializar plenamente el potencial y la promesa de la APS, y el concepto se ha visto relegado por la salud mundial, cuyos fundamentos y principios resultan contrarios al concepto de APS.

El segundo fracaso se refiere a la carencia de enfoques prácticos que permitan el **fortalecimiento de los sistemas de salud (FSS)** en forma holística. Los pilares de la OMS para el FSS comprenden un marco que goza de amplia notoriedad, pero su aplicación no resulta sencilla cuando se diseñan programas o proyectos de investigación al respecto. Los programas y la investigación en materia de FSS rara vez conciben el sistema en su conjunto y suelen centrarse en uno o dos de los pilares. Determinados componentes intangibles de un sistema de salud, como los valores y la cultura o el modo en que interactúan los pilares, no se han estudiado en profundidad ni se consideran puntos de partida para las intervenciones. La complejidad aumenta cuando se tiene en cuenta el modo en que interactúan los sistemas de salud con otros sistemas que generan salud. Por consiguiente, es posible que incluso los programas más prometedores en materia de FSS no produzcan cambios sostenibles.

“El propósito del conocimiento es la acción, no el conocimiento” - Aristóteles

El tercer fracaso persistente corresponde a la debilidad o ausencia de marcos para la transferencia, la asimilación y el uso del conocimiento en la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud. La GHA facilita un sistema de conocimiento unidireccional que atiende las necesidades de los responsables de la toma de decisiones a nivel mundial, pero no de quienes se encuentran en los niveles progresivamente inferiores de ese proceso decisorio. Se observa una desconexión entre el sistema de conocimiento que existe en las instituciones académicas y de investigación, tanto en los PIA como en los PIBM, y los procesos de toma de decisiones en los organismos gubernamentales pertinentes a la producción y promoción de la salud. Esto se debe a que el sistema de conocimiento sobre salud mundial margina sistemáticamente a los científicos africanos, premia la producción científica por encima de la transferencia y el uso del conocimiento y no pretende responder a las necesidades de los responsables de la toma de decisiones. Los mecanismos de financiación de la investigación no propician el establecimiento de relaciones y la colaboración significativa entre los productores de conocimiento y sus usuarios. Por último, la falta de marcos de asimilación de conocimiento (políticas, directrices, leyes) en los países impide que la evidencia científica se asimile y se utilice de manera sistemática.

La nueva arquitectura sanitaria global (GHA)

La GHA reformada debe estar al servicio de los sistemas sanitarios africanos replanteados, con las características que se señalan a continuación. La salud mundial como campo debe volver a centrarse en su objetivo de alcanzar la equidad en los resultados sanitarios para todas las personas del mundo, pero no desde la perspectiva del salvadorismo. La comunidad sanitaria mundial debe contribuir a crear sistemas duraderos, resolver los problemas de salud de manera decisiva y actuar al servicio de las personas y las comunidades. Los esfuerzos de reforma deben centrarse en trasladar el poder del ámbito mundial al local, concretamente en lo que respecta al poder de determinar los aspectos más importantes de cada país.

Sistemas de salud africanos replanteados

A fin de replantear los sistemas de salud africanos, es preciso valerse de los sistemas, los procesos y la infraestructura que han contribuido a los resultados positivos observados en la mejora de la salud, resolver las deficiencias del actual sistema sanitario mundial y hacer frente a sus persistentes fallas, como se indica anteriormente. Un aspecto fundamental de los sistemas de salud africanos replanteados se refiere a la soberanía y la capacidad de acción de los africanos en todos los planos. En el centro de los sistemas de salud replanteados se encuentra la **soberanía institucional**, en virtud de la cual las instituciones nacionales controlan el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos, y el apoyo externo afianza la capacidad nacional, en lugar de reemplazarla. El proceso de reforma de los sistemas de salud africanos requerirá un enfoque escalonado basado en la evidencia científica.

Por consiguiente, las medidas inmediatas en favor de la reforma giran en torno a la **generación de nuevos conocimientos** que orienten las acciones de los diferentes actores de la GHA y progresivamente inspiren confianza en los sistemas de salud africanos replanteados.

Estos sistemas de salud deben **priorizar la APS como marco organizativo para el FSS**: El sistema de salud mundial se encuentra en contradicción y en competencia con el concepto de APS, que tiene el potencial de aportar más beneficios para la salud que el enfoque actual. La priorización de la APS está en consonancia con las recomendaciones de la Agenda de Lusaka, que insta a las GHI a desempeñar un papel en el FSS por medio de servicios de salud integrados y la alineación de la financiación con los planes nacionales de salud.¹⁵ Los sistemas de salud de África requieren soluciones que produzcan resultados sanitarios al menor costo posible. Además de que es posible que a largo plazo resulte más eficaz en función de los costos, la APS también se ajusta muy bien a la perspectiva de capacidad de acción y autodeterminación. También ofrece un andamiaje estándar y un marco en torno al cual se pueden construir modelos de FSS, así como para el establecimiento de prioridades específicas de cada país en función de factores epidemiológicos, culturales, sociales, económicos y políticos locales.

En consonancia con el marco de la APS, África necesita **sistemas de salud que funcionen y se encuentren al**

servicio de todas las personas. Los sistemas de salud de cada país deben instituirse sobre la base de los perfiles epidemiológicos locales y otras tendencias a largo plazo. En ese sentido, es preciso desarrollar modelos prácticos a fin de conectar el sistema sanitario con otros sistemas generadores de salud, adoptando un **enfoque pangubernamental** en materia de salud al crear mecanismos mediante los cuales todos los sectores puedan desempeñar un papel en la generación y el mantenimiento de la salud.

Los sistemas de salud replanteados deben adoptar la forma de **sistemas de aprendizaje basado en el conocimiento**. A tal fin, será preciso contar con sistemas de conocimiento que respondan a las necesidades locales, como sistemas de datos que atiendan los niveles de toma de decisiones nacionales, subnacionales y locales. Se debe hacer mayor hincapié en los mecanismos de rendición de cuentas a nivel nacional como base para la rendición de cuentas a nivel mundial. A tal efecto, deberán realizarse inversiones en los ecosistemas de datos nacionales, y diferentes actores deberán desempeñar funciones complementarias, tal y como se articula en el informe African Data Revolution.¹⁶ Además de reforzar los sistemas de datos, es preciso contar con **mecanismos sistemáticos de transferencia y uso del conocimiento**, como leyes, políticas y directrices que exijan el uso de los datos y que, con el tiempo, institucionalicen una cultura de uso de los datos en el sistema de salud.

Las mediciones del rendimiento del sistema de salud deben depender de cada país e integrarse en una estrategia de gestión del cambio, sin alimentar mecanismos de rendición de cuentas globales lejanos. Con el cambio de enfoque propuesto en favor del FSS acorde con la APS, es menester crear sistemas de medición que hagan un seguimiento progresivo de los avances en ese ámbito, junto con aquellos que midan los resultados sanitarios a nivel de la población, con el fin de garantizar que durante la fase de transición no se reviertan los avances logrados en materia de salud en los países africanos.

A más largo plazo y en consonancia con el espíritu de autodeterminación, también es preciso desarrollar mecanismos que permitan aprovechar los conocimientos locales e indígenas de manera significativa con objeto de definir las prioridades sanitarias de las comunidades y establecer soluciones a los problemas locales.

Medidas clave:

- 1) Establecer un entendimiento común sobre qué es la APS, así como determinar si el marco de Alma Ata aún goza de relevancia y si es preciso actualizar el concepto para adaptarlo a las realidades actuales. También será necesario adquirir nuevos conocimientos con respecto al modo en que los países pueden integrar la APS en sus estrategias de FSS, los posibles avances en materia de salud, los costos y las formas en que las prioridades de los financiadores de la salud mundial pueden alinearse con las estrategias de APS de cada país.
- 2) Desarrollar modelos prácticos orientados a la formulación de medidas multisectoriales aprovechando los marcos

teóricos vigentes y los ejemplos prácticos de la prevención del VIH/sida que contribuyan a la adopción y al mantenimiento a gran escala a nivel nacional. Es menester delimitar claramente el papel del sector sanitario en las medidas multisectoriales concretas, con mecanismos bien articulados para la asignación de recursos a los distintos sectores y la medición de los resultados y el impacto de todos los sectores que producen salud.

- 3) Generar evidencia acerca del posible impacto de adoptar un enfoque pangubernamental en comparación con el statu quo, el costo que supone adoptar ese enfoque, las formas prácticas en que podría llevarse a cabo, los recursos necesarios y los sistemas y estructuras correspondientes para las diferentes fases de implementación.
- 4) Fortalecer los **sistemas nacionales de datos** en toda la cadena de valor de la evidencia y definir las funciones de todos los actores de los ecosistemas nacionales de datos, incluidos los productores de datos tradicionales, como las instituciones académicas y de investigación, en el fortalecimiento de los datos sanitarios. Establecer **estructuras de transferencia de conocimiento** y evidencia dentro de las instituciones académicas y de investigación vinculadas a organismos gubernamentales con el fin de propiciar la generación y la transferencia de conocimientos y crear una sólida cultura de uso de datos en el sistema sanitario.
- 5) Desarrollar herramientas para la agregación y el análisis de múltiples tipos y fuentes de datos, incluidos los procedentes de otros sectores generadores de salud, el medioambiente y la administración, entre otros, y explorar el papel de las nuevas herramientas de la ciencia de datos en el análisis de datos no tradicionales para generar conocimientos sobre la solidez y el rendimiento del sistema sanitario.
- 6) Establecer una iniciativa coordinada a nivel continental a los fines de documentar, promover y aprovechar los conocimientos indígenas, incluidas herramientas destinadas a medir y cuantificar las competencias africanas sobre la base de dichos organismos y las experiencias vividas.

Replantear la GHA para África en pro de la equidad, la autodeterminación y la transformación sistémica

Esta propuesta constituye una guía pragmática para transformar la GHA al servicio de las aspiraciones sanitarias de África, dado que pone de manifiesto vías hacia la equidad, la resiliencia sistémica y la sostenibilidad a largo plazo. Aboga por replantear la GHA de modo tal que resulte catalizadora, atienda a la demanda, se centre en la equidad y cuente con un mayor grado de liderazgo africano: un sistema justo que se

centre en la capacidad de acción de los africanos para definir prioridades, desarrollar soluciones y dirigir su implementación. La futura GHA debe regirse por los siguientes principios:

i) Catalizadora, no sustantiva: Los actores de la financiación sanitaria global deben invertir en programas que catalicen el cambio del sistema y no en aquellos que se conviertan en un elemento permanente encargado de prestar servicios de salud indispensables. Las organizaciones internacionales deben promover y catalizar el FSS en vez de sustituir la capacidad institucional local. Deben centrarse en la innovación y en catalizar procesos de cambio que allanen el camino de África hacia la autodeterminación y el desarrollo sostenible de las capacidades, además de dejar en manos de las entidades nacionales y regionales la planificación y la prestación de servicios.

ii) Complementaria, no competitiva: Las intervenciones de los actores de la GHA deben estar en consonancia con las nuevas ideas sobre el lugar que ocupa la APS como marco organizativo para el FSS. Es preciso replantear el modo en que puede reformarse la salud mundial en su contexto actual para favorecer la APS si se pretende reconocer la falta de correspondencia entre los ideales de ambas. El año 2030 ofrece la oportunidad de desarrollar un nuevo marco mundial con un enfoque ascendente que represente verdaderamente las aspiraciones de África en materia de salud, y no las que se le imponen a través de los mecanismos existentes en el ámbito de la salud mundial.

iii) Con plazos definidos y flexible: La GHA debe destinar recursos técnicos y financieros a la creación de nuevos sistemas de salud con medidas de progreso y éxito que tengan plazos definidos. Debe responder a la dinámica cambiante dentro de los países, como las emergencias sanitarias, las transiciones políticas y los cambios tecnológicos. Las intervenciones deben ser iterativas y adaptables en función de los nuevos conocimientos. Es necesario invertir en sistemas de conocimiento y aprendizaje con una sólida experiencia en la ciencia de la implementación.

iv) Basada en la equidad, la dignidad y la solidaridad: En esencia, la salud mundial debe ocuparse de la equidad en aras de la justicia, de modo tal que se reconozcan las injusticias históricas y las asimetrías de poder y se procure corregirlas de manera activa. La solidaridad debe sustituir al salvadorismo, y la humildad debe guiar la participación.

Las **funciones** básicas de la GHA replanteada serán allanar el camino de África hacia la autodeterminación. También será necesario desarrollar la perspicacia política y diplomática de ambas partes para cambiar la mentalidad del salvadorismo a asociaciones significativas y respeto mutuo.

La GHA reformada desempeñará funciones diferentes pero interconectadas a corto y largo plazo, como se detalla a continuación, junto con los cambios estructurales necesarios.

Tabla 1 Funciones y cambios estructurales para la nueva arquitectura sanitaria global.

Función	Cambio estructural necesario
1) Desarrollo de nuevos marcos mundiales en consonancia con una visión de FSS sostenible. Se verifica el mismo caso que los marcos globales que sustentan las prioridades actuales en materia de salud mundial. Las organizaciones internacionales que forman parte de la GHA tienen el deber de promover el desarrollo de nuevos marcos orientados al FSS. El inminente final de la era de los ODS constituye una excelente oportunidad para garantizar una agenda verdaderamente africana encaminada a este objetivo.	El liderazgo de las instituciones africanas, es decir, los organismos continentales y regionales y las organizaciones de investigación y formulación de políticas, en la determinación de las prioridades africanas, con el fin de definir un nuevo marco global
2) Fortalecimiento de las capacidades, transferencia de tecnología y competencias: Las organizaciones internacionales, los académicos y los investigadores de los PIA tienen que desempeñar un papel en la transferencia de competencias y el fortalecimiento de las capacidades de las instituciones africanas para que estas se apropien plenamente de las agendas sanitarias nacionales e impulsen las iniciativas de FSS previstas. El fortalecimiento de las capacidades institucionales requiere financiación a largo plazo, basada en la confianza y de carácter flexible, así como el apoyo al desarrollo de estrategias y la creación de sistemas de financiación, subvenciones y gobernanza. Las GHI han desarrollado herramientas y plataformas para la adquisición, la gestión de la cadena de suministro y la contabilidad financiera que deberían integrarse en los sistemas nacionales de salud según corresponda.	Traspaso progresivo del poder de las instituciones de los PIA a las instituciones africanas. Las primeras pueden dirigir procesos de investigación sobre implementación que hayan sido creados y diseñados conjuntamente con académicos, investigadores y responsables de toma de decisiones africanos, en cuyo caso las funciones técnicas sustantivas correspondientes a los procesos de generación y uso de evidencia se asignarán a los africanos. El objetivo es una transición progresiva hacia el liderazgo africano a medio plazo (aproximadamente 5 años).
3) Desarrollo de marcos de implementación para la APS, el FSS, la transferencia y el uso del conocimiento y la adopción de medidas multisectoriales. A tal fin, será precisa la colaboración entre las instituciones académicas y de investigación africanas, los ministerios correspondientes y las instituciones académicas y de investigación de PIA.	Establecer unidades de transferencia de conocimiento y de investigación para la adopción de políticas dentro de las instituciones académicas y de investigación de África con el fin de crear vínculos sostenibles con los responsables de las políticas
4) Generación de evidencia: Será necesario disponer de evidencia sobre numerosos componentes de los sistemas de salud africanos replanteados, incluso con respecto al "cómo" de la puesta en marcha de marcos indispensables, como la APS, el FSS y la adopción de medidas multisectoriales, los posibles impactos en la salud, los costos, los modelos económicos que comparen este enfoque con el statu quo, la incorporación de nuevas megatendencias en el FSS, entre otros. A tal efecto, será necesario establecer asociaciones entre académicos de la salud mundial y académicos africanos.	Mecanismos de financiación específicos para facilitar el establecimiento de relaciones, la identificación de necesidades de evidencia y la divulgación
5) El rediseño de un nuevo sistema de conocimiento científico en el que una mayor proporción de la investigaciones realizadas se ajuste a las necesidades de los responsables de la toma de decisiones a todos los niveles requerirá un esfuerzo concertado por parte de los investigadores de los PIA, los financiadores de la ciencia y las organizaciones internacionales que utilicen los conocimientos de las investigaciones. Más allá de la transferencia de competencias y el fortalecimiento de las capacidades de los investigadores africanos, será necesario desarrollar nuevos modelos de financiación basados en los principios de localización, asociaciones equitativas e inclusión. Ello conlleva una mayor financiación para determinar las necesidades de evidencia en los diferentes niveles de toma de decisiones, un compromiso sostenido y el establecimiento de relaciones con los responsables de la toma de decisiones y las comunidades, así como mecanismos que permitan responder de manera flexible a las necesidades de evidencia. Se necesitan nuevos conocimientos sobre prototipos y modelos para reducir las disparidades en la transferencia y las crisis que surjan al respecto.	Revisión de los sistemas de recompensa en el ámbito científico y académico, desarrollo y aplicación de nuevos parámetros para evaluar las solicitudes de subvenciones en investigación traslacional y analizar sus posibilidades de éxito.
6) Creación de nuevas narrativas: Los medios de comunicación, los planes de estudio y la investigación deben reformularse para centrarse en las voces y las realidades africanas. Las narrativas dominantes que retratan a África como pasiva, dependiente y en constante necesidad de ser salvada deben ser sustituidas por otras que reflejen la capacidad de acción, la innovación y el liderazgo. Todos los actores de la salud mundial deben reconocer las raíces coloniales del campo y luego deshacerse de ellas	

Función	Cambio estructural necesario
7) Rediseño de los programas de formación en salud mundial: La salud mundial debe deshacerse de sus raíces coloniales, que se propagan a través de los programas de formación en los PIA. Los planes de estudio actuales sobre salud mundial deben revisarse de modo tal que se eliminen los conceptos y las narrativas que perpetúan el salvadorismo y se incluyan conceptos que promuevan la equidad, la justicia y la solidaridad. Los programas de formación deben reconocer la historia del campo con el objetivo de desarrollar programas que transfieran el poder de las personas de los PIA a quienes viven en los PIBM. Al mismo tiempo, es necesario establecer programas de formación en salud global en los PIBM que examinen las disparidades de poder que han afectado al campo, los factores políticos que determinan la salud y la diplomacia sanitaria, al tiempo que proporcionen modelos alternativos de participación basados en la equidad y la justicia, con especial atención a la capacidad de acción, la dignidad y las vías hacia la autodeterminación.	• Las instituciones académicas de salud global con sede en los PIA deben desarrollar planes de estudio que replanteen la salud global y faciliten la transferencia de conocimientos a centros de formación regionales seleccionados en África que se encarguen de coordinar la formación en salud global en el continente. • Desarrollar marcos para la integración de los resultados positivos, como la medición sistemática, el aprendizaje y la documentación por parte de los responsables de la ejecución de los programas, los organismos de financiación y las instituciones académicas nacionales. Establecer centros regionales para revisar los casos de éxito y facilitar el desarrollo de planes de estudio de formación previos al ejercicio profesional que se adapten a los contextos de cada país.
8) Incorporación de los resultados positivos: Con el respaldo de sólidos sistemas de medición y aprendizaje dentro de los países, los organismos multilaterales y las instituciones académicas y de investigación de los PIA que trabajen en colaboración con instituciones africanas deben dirigir un proceso de documentación de casos de éxito y de integración de los elementos y factores clave del éxito en las políticas nacionales, la legislación y los programas de formación previos al ejercicio profesional.	
9) Financiación y movilización de recursos: Las iniciativas de salud global actuales deberían reorientar su infraestructura y sus mecanismos para seguir movilizando recursos financieros de los gobiernos de los PIA, las organizaciones filantrópicas de los PIA y PIBM, los gobiernos de África y otros PIBM. Las próximas rondas de reposición coincidirán con un nuevo marco mundial que sustituirá a los ODS, lo cual da tiempo suficiente para la transición a un mecanismo que facilite el FSS en África. Las iniciativas de salud global actuales deben eliminarse progresivamente y sustituirse por un fondo que catalice el FSS, en consonancia con las recomendaciones de la Agenda de Lusaka. En el marco de ese fondo, los países pueden acceder a recursos para seguir promoviendo los programas vigentes en función de sus propias prioridades, además de acceder a fondos destinados al FSS. Junto a esta función, deben existir mecanismos para movilizar recursos nacionales: las futuras iniciativas de salud global deben contar con mecanismos integrados para que los países africanos puedan alcanzar la autosuficiencia sobre la base de avances cuantificables en su camino hacia el FSS, y no en función de indicadores económicos, como el PIB.	• Las GHI siguen desempeñando un papel fundamental en la financiación de los bienes públicos globales y en la aplicación de mecanismos de financiación innovadores, como el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización (IFFIm), los compromisos anticipados de mercado y la adquisición conjunta, con el fin de maximizar la eficiencia en la obtención de tecnologías indispensables, aplicadas a las nuevas prioridades. La consolidación de las GHI en una única iniciativa de prestación de servicios de salud mejoraría la eficiencia y la coordinación a nivel mundial y nacional. • Aumento de las inversiones nacionales en salud por parte de los gobiernos africanos, respaldadas por evidencia sólida de la eficacia en función de los costos y centradas en los avances en el FSS y en los resultados sanitarios de toda la población. Las unidades de política sanitaria propuestas proporcionarían la evidencia necesaria.
10) Coordinación internacional: los organismos multilaterales seguirán desempeñando un papel en la lucha contra las amenazas sanitarias mundiales y su mitigación mediante la puesta en práctica de los marcos vigentes, como el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. Además de esta función de coordinación, deben contribuir a la transferencia de competencias y capacidades a las instituciones continentales y regionales para que estas asuman un papel cada vez más relevante en ese ámbito.	• Un proceso de establecimiento de prioridades liderado por África, a cargo de instituciones académicas y de investigación africanas, organismos continentales, como los CDC de África, y organismos regionales de salud, como la ECSA-HC y la OSAO. Las GHI y los organismos multilaterales existentes pueden proporcionar asistencia técnica basada en la demanda para este proceso.
11) Establecimiento de prioridades: las GHI existentes se encuentran en condiciones adecuadas para coordinar un proceso de establecimiento de prioridades de carácter ascendente, consultivo e inclusivo que permita orientar su transición hacia una agenda más amplia que abarque todo el sistema. Las GHI deben dejar de lado el salvadorismo y adoptar un enfoque basado en valores que esté fundado en la equidad, la justicia y la autodeterminación.	

La hoja de ruta hacia la reforma

La reforma está al servicio de las necesidades del continente africano, por lo que es importante definir primero esas necesidades y desarrollar marcos claros para materializarlas. En segundo lugar, el continente africano debe estar debidamente preparado para que esta reforma desempeñe el papel que le corresponde dentro de la GHA replanteada.

La reforma estará respaldada por evidencia y perseguirá los siguientes objetivos: ofrecer orientación práctica a los responsables de la toma de decisiones en el continente y en la GHA, racionalizar y justificar las decisiones en los sistemas de salud africanos replanteados, dar garantías y confianza a los gobiernos nacionales en sus decisiones, dar garantías y confianza a los actores de la salud mundial sobre el mantenimiento de los avances sanitarios incluso con la adopción de esas decisiones, validar los supuestos establecidos con respecto a los avances en términos de eficiencia, el impacto y la sostenibilidad, así como proporcionar garantías con respecto a la teoría del cambio subyacente para la reforma. La hoja de ruta consta de tres fases. Conceptualmente, se trata de fases distintas, pero en la práctica se superponen.

A. Rediseño de los sistemas de salud de África (2026-2030)

Se trata de una fase de generación de evidencia orientada a sentar las bases de los sistemas de salud replanteados en el continente. Comprenderá la revisión, el desarrollo y la comprobación de marcos operativos como el FSS, la APS, la APS como andamiaje para el FSS, la adopción de medidas multisectoriales y la transferencia y el uso del conocimiento. Se llevará adelante un proceso paralelo destinado a establecer las prioridades sanitarias del continente con el fin de definir el marco de desarrollo global posterior a 2030 y las futuras estrategias de FSS dentro de los países y la GHA. Este proceso supone una labor analítica para crear perfiles epidemiológicos de los países o las regiones y modelos sobre hipótesis futuras que tengan en cuenta las tendencias más importantes, como el cambio climático y el crecimiento demográfico. Asimismo, se realizarán análisis con el fin de evaluar el posible impacto de diferentes opciones de políticas, por ejemplo, el cambio al FSS frente a los enfoques específicos para cada enfermedad. Los resultados de esta fase se comunicarán a los órganos encargados de la toma de decisiones en el continente, como los CDC de África, la UA y diversas agrupaciones parlamentarias regionales y continentales, para su validación y aceptación.

Estos procesos estarán dirigidos por organizaciones africanas dedicadas a la actividad académica o de investigación y a la formulación de políticas, con el apoyo de organizaciones académicas o de investigación de los PIA y organismos multilaterales, como la OMS, durante los tres primeros años, bajo la coordinación general de los CDC de África.

Se llevará a cabo una fase de fortalecimiento de las capacidades con el fin de preparar a las instituciones africanas para que desempeñen un papel de liderazgo en los futuros sistemas de salud. Ello requerirá programas de capacitación específicos para desarrollar habilidades en áreas esenciales que promuevan la labor analítica a corto plazo y presten apoyo técnico sistemático a los gobiernos africanos a mediano y largo plazo. Además, esta fase comprenderá el establecimiento de instituciones como unidades de formulación de políticas dentro de las instituciones académicas o de investigación con el mandato de prestar apoyo a los gobiernos en el FSS y la generación y el uso del conocimiento correspondiente.

Las ONGI, las instituciones multilaterales y las instituciones académicas o de investigación con sede en los PIA respaldarán este proceso mediante programas de transferencia de competencias, como capacitaciones a corto y largo plazo, asesoría y tutoría práctica.

Las actividades de esta fase necesitarán el apoyo de organismos que financien la investigación mediante el establecimiento de mecanismos especiales de financiación para la investigación y el fortalecimiento de las capacidades con el fin de contribuir al FSS en África.

B. Reforma de la arquitectura sanitaria global (2026–2030)

Esta fase abarcará un período de transición en el que se mantendrán las GHI y otros mecanismos de financiación mientras se sientan las bases para su sustitución por nuevos modelos, desarrollados y perfeccionados en la fase A anterior. Durante esta fase, la reforma del sistema mundial de investigación y conocimiento en materia de salud comenzará con la reforma de los planes de estudios de formación en las instituciones sanitarias globales de los PIA, el desarrollo de programas de formación en salud mundial en el continente africano y la adopción de las primeras medidas orientadas a la reforma del sistema de recompensa académica, todo ello bajo el liderazgo de los financiadores de la investigación en salud mundial.

Este proceso estará dirigido por instituciones de investigación o académicas y financiadores de la investigación que se encuentren en los PIA y se llevará a cabo durante los tres primeros años, es decir, se superpondrá con la fase anterior.

Los resultados de la fase A servirán de base para un nuevo marco posterior a 2030, por lo que el calendario se ajustará al proceso mundial. Es importante identificar los puntos de entrada lo antes posible y garantizar que el proceso de establecimiento de prioridades de África en la fase A contribuya de manera significativa al marco. Una vez aprobado el marco posterior a 2030, se desarrollarán mecanismos de rendición de cuentas específicos para cada país y a nivel continental, en paralelo al mecanismo mundial. Este proceso será dirigido por las unidades de formulación de políticas establecidas en la fase A, con la coordinación de los CDC de África y el apoyo de organismos multilaterales.

El final del proceso analítico y de establecimiento de prioridades de la fase A proporcionará información que orientará la próxima ronda de reposición de las GHI vigentes. A medida que las GHI se preparen para una nueva función, deben estructurar sus estrategias para garantizar la continuidad de los programas vigentes, con la incorporación del FSS. Por consiguiente, las próximas rondas de reposición deberían contar con fondos destinados al FSS y un calendario para la eliminación gradual de las intervenciones específicas para cada enfermedad. La financiación de los futuros sistemas sanitarios de África requerirá fondos nacionales. Las unidades de formulación de políticas establecidas en la fase A se encargarán de dirigir los procesos de divulgación y promoción en los países para orientar la movilización de fondos por parte de los gobiernos africanos y la inversión en el FSS sostenible. Los actores de la financiación sanitaria global seguirán desempeñando un papel fundamental, con la participación activa de los dirigentes, la sociedad civil y el mundo académico de África en la adecuación de sus prioridades.

C. Plena implementación y consolidación (2031 y años posteriores)

La reforma de la GHA supone una tarea a largo plazo y un enfoque bien coordinado. Requiere un cambio de mentalidad, en el que las instituciones y las personas de África den un paso al frente para asumir un papel de liderazgo y otros actores de la GHA den un paso atrás, de modo tal que cedan poder y su papel se conciba como complementario, con miras a lograr la transformación del sistema. Durante los primeros cinco años se sentarán bases sólidas sobre las que África construirá nuevos sistemas de salud. El éxito de las reformas propuestas dependerá de los resultados de las intervenciones en los primeros cinco años y del hecho de que la comunidad sanitaria mundial sume esfuerzos en pro de esta visión de transformación.

En la fase posterior a los cinco años, los países africanos pondrán en marcha de manera paulatina sus estrategias de FSS en función de su preparación, la disponibilidad de financiación, la existencia de capacidad suficiente y demás factores contextuales. Al comienzo de esta fase, los países africanos comenzarán a desarrollar o ya habrán desarrollado las políticas, las estrategias, la implementación y los planes de medición, evaluación y aprendizaje (MEL) pertinentes para la agenda de FSS. La puesta en marcha será supervisada de cerca y respaldada por una sólida agenda de MEL que documente las lecciones aprendidas y los fracasos y permita replantear y corregir el rumbo según sea necesario.

Notas finales

1. Koplan, Jeffrey P y otros (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, volumen 373, número 9679, 1993 – 1995
2. Global Health 50/50, *The Global Health 50/50 Report 2020: Power, Privilege and Priorities*, Londres, Reino Unido, 2020.
3. Ooms, G., Van Damme, W., Baker, B. K., Zeitz, P. y Schrecker, T. (2019). The 'diagonal' approach to global fund financing: A cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0486-0>
4. Bräutigam, D. A. y Knack, S. (2004). Foreign aid, institutions, and governance in sub-Saharan Africa. *Economic Development and Cultural Change*, 52(2), 255-285. <https://doi.org/10.1086/380592>
5. Holst J. Global Health - emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. *Global Health*. 6 De mayo de 2020; 16(1):42. doi: 10.1186/s12992-020-00573-4. PMID: 32375801; PMCID: PMC7201392.
6. Guinto R. #DecolonizeGlobalHealth: rewriting the narrative of global health. International health policies network (IHP network), 11 de Febrero de 2019. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2019. <http://www.internationalhealthpolicies.org/decolonizeglobalhealth-rewriting-the-narrative-of-global-health>. Consultado el 28 de julio de 2025.
7. Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (UN IGME). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2024 – Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2025
8. Amouzou, Agbessi y otros (2025). The 2025 report of the Lancet Countdown to 2030 for women's, children's, and adolescents' health: tracking progress on health and nutrition. *The Lancet*, volumen 405, número 10488, 1505-1554
9. Asamani, J A y otros (2024). State of the health workforce in the WHO African Region: decade review of progress and opportunities for policy reforms and investments: *BMJ Global Health* 2024;7:e015952.
10. Biesma, R. G., Brugha, R., Harmer, A., Walsh, A., Spicer, N. y Walt, G. (2009). The effects of global health initiatives on country health systems: A review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy and Planning*, 24(4), 239–252. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp025>
11. Srivastava, A. y Fox, A. M. (2023). Donor influence and recipient autonomy: The politics of aid in health systems. *Health Policy and Planning*, 38(2), 123–131. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad123>
12. Ministerio Federal de Salud de Etiopía. (2014). *National strategic action plan (NSAP) for prevention & control of non-communicable diseases in Ethiopia 2014-2016*. Ministerio de Salud.
13. Alianza de ENT. (2 de junio de 2025). Integrating NCDs into Ethiopia's primary healthcare system: Case study 2. <https://ncdalliance.org/resources/integrating-ncds-into-ethiopias-primary-healthcare-system-case-study-2>
14. Organización Mundial de la Salud (2022). Rwanda's universal health coverage success story. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/rwanda-s-universal-health-coverage-success-story>
15. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para África (2024). *Roadmap for implementation of the Lusaka Agenda in Africa*. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para África. <https://iris.who.int/handle/10665/379013>
16. PNUD 2017. *The Africa Data Revolution Report 2016*. Disponible en la URL: <https://www.undp.org/africa/publications/africa-data-revolution-report-2016>. Consultado el 28 de julio de 2025

About Wellcome

Wellcome supports science to solve the urgent health challenges facing everyone. We support discovery research into life, health and wellbeing, and we're taking on three worldwide health challenges: mental health, global heating and infectious diseases.

About Catherine Kyobutungi

Catherine Kyobutungi is the Executive Director of the African Population and Health Research Center in Kenya and the Co-Director of the Consortium for Advanced Research Training in Africa.

Designed by Wellcome.

Wellcome Trust, 215 Euston Road, London NW1 2BE, United Kingdom
T +44 (0)20 7611 8888, E contact@wellcome.org, wellcome.org

The Wellcome Trust is a charity registered in England and Wales, no. 210183.
Its sole trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England and Wales, no. 2711000 (whose registered office is at 215 Euston Road, London NW1 2BE, UK). SP-7725/08-25/PS/RK