

LUCHANDO POR RESPIRAR



Save the Children



Un llamamiento para atajar
la neumonía infantil



Este informe está dedicado a Umi, que perdió la vida a causa de una neumonía en 2013 en Kenia, a la edad de dos años y medio.

En 2011, en medio de la peor sequía que ha afectado a Kenia en décadas, un programa de nutrición de emergencia dirigido por Save the Children ayudó a salvar la vida de una niña llamada Umi. Con solo seis meses de vida, estaba desnutrida, deshidratada y casi muerta. Milagrosamente, sobrevivió.

El caso de Umi se convirtió en un escándalo mediático global. Tras haber sobrevivido a la crisis de hambre en Kenia, y con menos de un año de edad, se convirtió en un símbolo de recuperación y un testimonio del poder de la acción humanitaria internacional.

Dos años después, la historia de Umi terminó en trágicas circunstancias. Murió de neumonía y diarrea en un hospital que estaba abarrotado. No fue víctima de un desastre humanitario. Los cultivos tampoco tuvieron la culpa. Su historia no fue noticia en los medios de comunicación. Umi murió por la acción de las dos enfermedades más letales entre la infancia: la neumonía y la diarrea. Pero también murió porque vivía en una aldea donde carecen de acceso a personal capacitado y a los servicios de salud que podrían haberla salvado.

Foto de portada: Bintu, de dos años de edad, fue diagnosticado con neumonía grave y desnutrición en una clínica de Save the Children en el estado nigeriano de Borno. Conoce la historia de Bintu en la página 54.

LUCHANDO POR RESPIRAR



Save the Children

Hasta el último niño

En 2015, gobiernos de todo el mundo se reunieron para realizar una promesa solemne. Acordaron, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, trabajar por un mundo donde ningún niño o niña sufra una muerte por causas evitables en el año 2030. Cumplir este compromiso exigirá que se preste una atención minuciosa a los niños y niñas más desfavorecidos: los nacidos en la pobreza, los que viven en los lugares de más difícil acceso y los que sufren discriminación por su género, etnia, color de piel u otra característica.

La campaña de Save the Children “Hasta el último niño” tiene como objetivo hacer que los gobiernos cumplan los compromisos que han asumido ante estos niños y niñas.

Este informe se centra en lo que ahora es la principal causa de muerte infantil por enfermedades infecciosas. La neumonía es la enfermedad de la pobreza. Las muertes se concentran en los países más pobres del mundo. En esos países, son los niños más pobres y desfavorecidos los que se enfrentan a mayores riesgos. Este informe muestra cómo unas políticas nacionales contundentes respaldadas por la cooperación internacional podrían salvar 5,3 millones de vidas hasta el año 2030.

Todas las niñas y niños tienen derecho a un futuro. Save the Children trabaja en todo el mundo para dar a las niñas y niños un comienzo saludable y la oportunidad de aprender y vivir seguros. Hacemos todo lo necesario para conseguir que los niños y niñas tengan todo lo que necesitan, todos los días y aunque nos hallemos en situaciones de crisis.

Agradecimientos

Autores: Kevin Watkins, Simon Wright, Alexis Le Nestour, Kirsten Mathieson, Joana Alfaiate, Claire Leigh, Oliver Fiala, Haley Curran, Sylvia Szabo, Helen Elliott, James Sale, Tara Brace-John, Zaeem Ul Haq, Samy Ahmar.

Este informe cuenta con las perspectivas, el asesoramiento y la experiencia de muchas personas. Agradecemos especialmente a dos revisores expertos. Harry Campbell, profesor de Epidemiología y Salud Pública y codirector del Centre for Global Health Research de la Universidad de Edimburgo, y el profesor Kim Mulholland de la London School of Hygiene & Tropical Medicine, quienes hicieron comentarios detallados sobre un primer borrador. Ambos han contribuido extraordinariamente a la lucha mundial contra la neumonía. Agradecemos enormemente la ayuda que nos brindaron.

Agradecemos especialmente la ayuda de Angela Stegmuller y Neff Walker, de la Johns Hopkins School of Public Health. Realizaron muy generosamente la modelización utilizada para respaldar los escenarios presentados en el capítulo 1 del informe, utilizando la herramienta Lives Saved Tool (LiST). También queremos darle las gracias al Dr. Stefan Unger, Consultor Respiratorio de Locum e Investigador Honorario del Royal Hospital for Sick Children de Edimburgo, quien nos aportó valiosos consejos y un estudio de caso para el informe.

Otros revisores externos hicieron comentarios a todo el informe o a capítulos específicos. Dr. Hayalnesh Tarekegn (Unicef), Dr. Seth Berkley y equipo (Gavi), Leith Greenslade (Just Actions), Michael Anderson (Center for Global Development y CDC Group), Keith Klugman

(Bill & Melinda Gates Foundation), Profesor Devi Sridhar (Universidad de Edimburgo), Dra. Sarah E Neal (Universidad de Southampton).

Muchos colegas del movimiento Save the Children aportaron su granito de arena. Gracias a los siguientes por sus comentarios, notas y orientación: Kirsty McNeill, Ali Forder, Lisa Wise, Katherine Richards, José Manuel Roche, Giorgiana Rosa, Christopher Twiss, Gillian Bath, Emily Keane, John Gaffney, John Engells, Megan Gayford, Cara Flowers, Anna Wasiak, Smita Barua, Eric Swedberg, Amy Ginsburg, Angeline Martyn, Kjersti Koffeld, Kim Terje Loraas, Thiago Luchesi, Ravi Wickremasinghe, Paul Rees-Thomas, Claire Blanchard, Mariam Salloum, Emma Diggles, Peter Goodfellow.

Save the Children colabora y recibe fondos tanto de GSK como de Pfizer. Ambas compañías aparecen mencionadas en este informe. Su financiación no ha contribuido a la elaboración de este informe. También recibimos fondos de la Fundación Bill & Melinda Gates, que cedió parte del tiempo de su personal a la creación de este informe. El informe no representa las opiniones de ninguna otra organización diferente a Save the Children y la responsabilidad de cualquier error recae exclusivamente en Save the Children.

Edita:

Save the Children España
Noviembre_2018



Índice

- 7 Prólogo**
- 8 La neumonía en cifras**
- 10 Resumen ejecutivo**
- 18 Introducción**
 - 21 El imperativo de actuar
- 24 1 La neumonía: la asesina olvidada de los niños**
 - 24 La asesina de niños más letal
 - 27 Distribución geográfica de las muertes por neumonía
 - 30 Una carga desigual
 - 32 Países ricos: lecciones y riesgos residuales
 - 33 Avances lentos: el progreso actual dejará al mundo muy lejos de los objetivos ODS de 2030
- 38 2 ¿Por qué mueren de neumonía los niños?**
 - 38 Riesgos de fondo: desnutrición, lactancia materna insuficiente y contaminación atmosférica doméstica
 - 42 Inmunización contra la neumonía: un largo camino por recorrer
 - 46 Fallos de diagnóstico y tratamiento
 - 51 La desigualdad y la lotería del nacimiento
 - 55 Sistemas sanitarios débiles
- 57 3 De la comunidad local a la política nacional: la primera línea en la prevención y el tratamiento de la neumonía**
 - 58 ¿Qué necesita del sistema de salud un menor en riesgo de neumonía?
 - 59 Vacunar contra la neumonía hasta el último niño
 - 60 Mejorar el diagnóstico y el tratamiento
 - 67 Financiación de la cobertura sanitaria universal
 - 72 Mitigación de los riesgos de fondo, incluida la desnutrición y la contaminación atmosférica doméstica
 - 73 Desarrollo de Planes de Acción contra la Neumonía

77 4 De lo local a lo global: el papel vital de la cooperación internacional

- 78 Despertar el poder de la prevención
- 79 Precios adecuados
- 80 El compromiso anticipado del mercado: un éxito importante pero parcial
- 82 Un nuevo pacto mundial sobre vacunas contra la neumonía
- 85 La ayuda internacional: se necesita más y mejor
- 88 Reducir los riesgos de fondo
- 89 Impulsar los avances en el diagnóstico y el tratamiento
- 91 El imperativo humanitario
- 91 Situar la neumonía en el mapa

95 5 Recomendaciones



Hanuman, de un día de edad, recibe tratamiento para la neumonía en un hospital de Rajastán, India.

FOTO: CJ Clarke / Save the Children

Prólogo

Por Kofi Annan, ex Secretario General de Naciones Unidas



“Nos enfrentamos a la urgencia feroz del ahora... en algo así no podemos permitirnos el lujo de llegar tarde. No es momento para la apatía o la complacencia. Es hora de dar una respuesta decidida y positiva.”

La lectura de este informe me hizo recordar estas palabras, pronunciadas en un discurso hace 50 años por el Dr. Martin Luther King. Vivimos en plena pandemia de neumonía. Ninguna enfermedad mata a más niños. Cada minuto se pierden dos vidas jóvenes y muchas más entran en una situación crítica. Es una enfermedad que tenemos el poder de prevenir, diagnosticar y tratar, si bien el número de muertos sigue aumentando. La lentitud de avances en el África subsahariana es motivo de gran preocupación.

Lo bueno es que las tendencias del pasado no definen el futuro. Las intervenciones prácticas, realizables y asequibles expuestas en este informe ofrecen una hoja de ruta para las políticas que podrían salvar más de 5 millones de vidas de aquí a 2030.

Los gobiernos de todo el mundo tienen la oportunidad de demostrar su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y poner fin a las muertes infantiles evitables en 2030. Mantener los avances en la lucha contra la neumonía requiere paso firme. Hoy en día, el alto coste de las vacunas contra la neumonía bacteriana es uno de los factores que limitan su uso. Con 170 millones de niños de 0 a 2 años no vacunados, debemos intensificar esfuerzos para que la vacunación sea asequible. Espero que las compañías farmacéuticas, los donantes de ayuda y las agencias de la ONU se reúnan y negocien una forma de conseguir vacunas asequibles.

Fortalecer los sistemas de salud también es un paso vital. No ganaremos la batalla contra la neumonía en un mundo en el que 400 millones de personas carecen de acceso a la atención sanitaria más básica y donde 100 millones de personas viven en la pobreza debido

al coste del tratamiento. Por ello, las estrategias contra la neumonía deben integrarse en los esfuerzos por lograr una cobertura sanitaria universal. Los Planes de Acción contra la Neumonía que se propugnan en este informe proporcionan un vehículo a través del cual los líderes políticos pueden elevar el perfil de la enfermedad, señalar su intención de combatirla y vincular objetivos audaces con estrategias de ejecución claras.

La equidad está en el centro mismo del desafío que plantea la neumonía. Se trata de una enfermedad que puede afectar a cualquier niño o niña en cualquier país, pero los riesgos de muerte son más agudos en los niños más pobres que viven en los países más pobres. Las niñas y niños que viven en las zonas rurales y los barrios marginales urbanos son más propensos a contraer neumonía y tienen menos posibilidades de ser diagnosticados y tratados. Si los gobiernos quieren reducir efectivamente las disparidades sociales en la supervivencia infantil, también deben abordar las desigualdades que están tras la crisis de la neumonía. Tenemos el conocimiento, los recursos financieros y las herramientas para salvar vidas. Lo que nos falta es una coalición poderosa para liderar la lucha contra la neumonía. La lucha contra la principal causa de muerte infantil carece actualmente del liderazgo y de la determinación que exige y merece.

En el transcurso del día en el que lea este Prólogo, la neumonía se habrá cobrado 2.500 vidas de personas jóvenes. Espero que los responsables políticos de todo el mundo lean este informe, reflexionen sobre su contenido e interioricen “la feroz urgencia actual”.

Kofi Annan

La neumonía en cifras

2

menores de cinco años mueren
de neumonía cada minuto

735.000

el número proyectado de muertes en 2030
según las tendencias actuales

5,3 MILLONES

de vidas podrían salvarse
hasta 2030

0,34€

es el coste del tratamiento antibiótico
efectivo para la neumonía

170 MILLONES

de niños no vacunados
contra la neumonía

99%

es el porcentaje de muertes infantiles derivadas de la neumonía en países en vías de desarrollo

1 MILLÓN

de vidas podrían salvarse en los próximos cinco años gracias a la prevención y el tratamiento de la neumonía

4 DE CADA 5

es la proporción de muertes por neumonía en menores de dos años

43%

de mayor riesgo de muerte para las niñas del sur de Asia con neumonía, en comparación con los niños

250 MILLONES

de demanda prevista de vacunas de los países elegibles para ayuda Gavi en 2026

Resumen ejecutivo

EL MAYOR ASESINO INFECCIOSO DEL MUNDO

En 1901, William Osler, uno de los fundadores de la medicina moderna, dijo que la neumonía era como “el capitán de los hombres de la muerte”. Estaba escribiendo sobre los Estados Unidos, donde la enfermedad era una de las principales causas de muerte entre los más pequeños y una fuente de temor para sus padres. La neumonía sigue siendo un “capitán de los hombres de la muerte”. Ninguna enfermedad infecciosa se cobra la vida de más niños y niñas. En la actualidad, casi todas las víctimas se encuentran en países de ingresos bajos y medios. La gran mayoría son pobres.

Las principales estadísticas sobre la neumonía apuntan a una epidemia mundial. La enfermedad se cobró la vida de 920.000 personas jóvenes en 2015. Eso representa dos muertes por minuto por día, más que la diarrea, el paludismo y el sarampión juntos. La mayoría de las muertes se producen en Asia meridional y en el África subsahariana. Más del 80% corresponde a menores de dos años, muchos de ellos durante las primeras semanas de vida.

Lo que las estadísticas no pueden captar es el sufrimiento y la angustia subyacentes. Esta es una enfermedad que hace que los niños y niñas más vulnerables tengan que luchar por cada bocanada de aire, mientras sus padres tienen que convivir con la ansiedad y, con demasiada frecuencia, con la angustia, el dolor y el trauma que acarrea la pérdida.

Las muertes por neumonía están disminuyendo más lentamente que otras causas importantes de mortalidad infantil. Las nuevas investigaciones presentadas en este informe muestran que, según las tendencias, todavía se contabilizarán 735.000 muertes por neumonía en 2030. Esta es la fecha límite fijada para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluyen

un compromiso colectivo de “poner fin a las muertes infantiles evitables”.

Reducir las muertes por neumonía a un nivel inferior a 3/1.000 nacimientos, según lo previsto por Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Plan de Acción Global para Prevenir y Controlar la Neumonía y la Diarrea (GAPPD), pondría al mundo en el camino adecuado para alcanzar la meta de los ODS.

Sin embargo, el análisis de este informe muestra que solo cuatro de los 30 países más afectados están en vías de alcanzar este objetivo antes de 2030. Otros 17 (incluidas la República Democrática del Congo, Nigeria y Pakistán, que tienen algunas de las cifras más elevadas de muertes por neumonía) no alcanzarán el objetivo hasta después de 2050.

Estas tendencias no definen el destino. Otros futuros son posibles. Basándonos en el modelo realizado por la Universidad Johns Hopkins, trazamos una ruta plausible hacia un mundo en el que las muertes por neumonía se reducen a niveles compatibles con el compromiso ODS. La trayectoria del “escenario objetivo 2030” salvaría un total acumulado de 5,3 millones de vidas por neumonía en los próximos 15 años. Se salvarían casi un millón de vidas en los próximos cinco años. Se salvarían muchas más vidas como resultado de los beneficios en el tratamiento de enfermedades que suelen acompañar a la neumonía, como la desnutrición y la diarrea. Estimamos que el coste medio anual de las intervenciones necesarias asciende a 4.500 millones de dólares.

¿POR QUÉ SE ESTÁN MURIENDO LOS NIÑOS?

Cada muerte por neumonía supone una pesada losa. La enfermedad es eminentemente evitable y tratable. Se dispone de vacunas

eficaces para inmunizar contra las cepas bacterianas más comunes, incluida la *Streptococcus pneumoniae*, la cepa más mortífera de la neumonía. Diagnosticada de manera precisa y precoz, la neumonía se puede combatir con un tratamiento de entre 3 a 5 días a base de antibióticos que cuesta solo 0,34 euros. Los casos más complejos se derivan a establecimientos equipados para brindar cuidados más intensivos. Pero incluso aquí la gran mayoría de las vidas pueden salvarse, como ocurre en los países ricos.

Las niñas y niños mueren de neumonía porque se les niegan las ventajas de una prevención, diagnóstico y tratamiento acertados. Gracias a la ayuda de Gavi, the Vaccine Alliance, se

ha ampliado la cobertura de la Vacuna Neumocócica Conjugada (PCV), salvando muchas vidas. Sin embargo, 170 millones de niños de 0 a 2 años de edad en los países de ingresos bajos y medios no están inmunizados contra la enfermedad más mortal del mundo.

Demasiados niños y niñas se ven privados de acceso a atención sanitaria ante los brotes de neumonía. Alrededor de 40 millones de episodios de la enfermedad no reciben tratamiento cada año, lo que pone en riesgo la vida de las personas. En el África subsahariana, menos de la mitad de los niños con síntomas reciben atención médica.

Khadija, de cinco meses de edad, fue ingresada en un hospital apoyado por Save the Children en Wajir, Kenia, con neumonía grave, desnutrición severa y deshidratación.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children



Llegar a un centro de salud no es garantía de que se vaya a recibir un tratamiento efectivo. Los diagnósticos inexactos, la escasez de antibióticos de primera línea y los sistemas débiles de referencia actúan de la mano contra las vidas que podrían salvarse. Las encuestas sobre la disponibilidad de medicamentos esenciales muestran que menos del 60% de las instalaciones en Tanzania, Kenia, la República Democrática del Congo y Mauritania disponen de Amoxicilina DT, el tratamiento de primera línea más efectivo, cayendo a menos de una cuarta parte en Nepal y Uganda.

Una consecuencia potencialmente mortal de la neumonía es la hipoxemia, una afección que limita la entrada de oxígeno en la sangre de los menores. Alrededor de 2 millones de niños ingresan en el hospital cada año a causa de esta afección. Estos menores tienen que, literalmente, pelear por cada bocanada de aire. Necesitan terapias básicas oxígeno que serían viables en cualquier país rico, pero las instalaciones donde los atienden suelen carecer del oxígeno que podría salvarles la vida.

LA ENFERMEDAD DE LA POBREZA

La equidad está en el centro de la crisis. La neumonía es hoy en día la enfermedad de los más pobres, como lo ha sido a lo largo de la historia. Existe mayor riesgo de que los niños y niñas más pobres contraigan la enfermedad, mientras que las posibilidades de recibir un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y una atención adecuada son más favorables para los que se encuentran en mejor situación económica.

La neumonía ilustra la lotería del nacimiento que da forma a las posibilidades de vida, incluidas las perspectivas de supervivencia. En los países ricos, la enfermedad es una causa

importante de hospitalización infantil, pero las muertes derivadas de ella no son comunes. Nacer en un país pobre multiplica el riesgo de mortalidad por neumonía en los primeros años de vida. Dentro de los países, las disparidades sociales relacionadas con la riqueza, el origen étnico, la brecha rural-urbana y el género son muy importantes.

Los menores pobres gozan de menos probabilidades de vacunación, de recibir tratamiento cuando desarrollan síntomas de neumonía, y tienen más probabilidades de morir como resultado. Un menor de un hogar rico en Nigeria tiene 15 veces más probabilidades de ser vacunado que un niño de un hogar pobre.

Los niños y niñas de los hogares más ricos de países como Burkina Faso y Chad tienen el doble de probabilidades de que les atiendan en un centro de salud si tienen síntomas de neumonía que los menores de los hogares más pobres.

El género es otro marcador importante. En el mundo, los niños son más propensos a contraer neumonía por razones fisiológicas, pero en Asia meridional las niñas tienen menos probabilidades de recibir tratamiento. Según una estimación, las tasas de mortalidad de las niñas afectadas por la neumonía en la región son un 43% más elevadas que las de los niños.

UN RETO COMPLEJO

Los errores en prevención, diagnóstico y tratamiento subrayan la importancia de que exista una cobertura sanitaria universal. En la actualidad, unos 400 millones de personas carecen de acceso a atención sanitaria, mientras que 100 millones de personas se ven sumidas en la pobreza debido a que el coste de los tratamientos es inasumible.

Ganar la batalla contra la neumonía requiere cambios más amplios que hagan que la aten-

ción sanitaria sea accesible y asequible para todos.

La neumonía no se puede tratar de forma aislada. La mayoría de las víctimas mortales se producen porque los padres y madres de los menores afectados se quedan fuera de los sistemas de salud como resultado del coste o la distancia, o porque consideran que los sistemas sanitarios son ineficaces, insensibles e irresponsables. La lucha contra la neumonía requiere un sistema sanitario con una financiación adecuada que llegue a los niños más desfavorecidos y ofrezca una atención eficaz a través de una fuerza de trabajo capacitada y con apoyo.

La neumonía supone un reto para los planificadores sanitarios, ya que tiene causas muy diversas y porque se superpone con otras enfermedades. Prevenir es muchísimo mejor que curar, razón por la cual todos los gobiernos deberían incluir las Vacunas Neumocócicas Conjugadas (PCV) en sus programas nacionales de inmunización. Este informe destaca la importancia de construir infraestructuras de inmunización eficientes y equitativas.

Cuando la neumonía ataca, la primera línea de defensa es el hogar y la comunidad. Es vital que las familias y los sanitarios dispongan de la información necesaria para reconocer los síntomas, y que las madres tengan la posibilidad de tomar decisiones y acceder a la atención médica.



Lydia acuna a su hijo Robert, de nueve meses de edad, en su casa de Turkana, Kenia. Robert fue diagnosticado con neumonía en un centro de salud de Save the Children y se le recetaron antibióticos, paracetamol y antihistamínicos.

Los trabajadores sanitarios de la comunidad desempeñan un papel crucial en el diagnóstico de la neumonía. Los países con un sólido historial en la reducción de muertes (incluidos Bangladés y Etiopía) han realizado importantes inversiones en sistemas de atención basados en la comunidad.

La lentitud en la reducción de las muertes refleja el fracaso sistémico de las políticas. Alrededor del 17% de las muertes por neumonía ocurren en el primer mes de vida. Muchas de estas muertes podrían prevenirse mediante un reconocimiento temprano de las señales de advertencia y tratamiento con antibióticos. Sin embargo, muchas mujeres no reciben atención posnatal y los trabajadores sanitarios que las atienden a menudo carecen de las habilidades necesarias para realizar un diagnóstico.

Las directrices para una Gestión Comunitaria Integrada de Casos (iCCM) proporcionadas por la OMS y Unicef establecen directrices claras para los trabajadores sanitarios comunitarios sobre el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía. Sin embargo, sigue habiendo errores de diagnóstico. Muchos niños y niñas corren peligro debido a que los síntomas de la neumonía se confunden sistemáticamente con la malaria.

Además, los centros de atención primaria suelen carecer de antibióticos de primera línea, como comprimidos dispersables (CD) de Amoxicilina adaptados a las necesidades de los niños. El sistema de ayuda internacional puede haber desempeñado un papel no intencionado en el debilitamiento de los sistemas de la iCCM al no haber invertido lo suficiente en estrategias contra la neumonía en comparación con otras grandes dolencias. Al agravar estos retos diagnósticos y de tratamiento,

muchos países consideran ilegal que los trabajadores comunitarios de la salud administren antibióticos que pueden salvar vidas. A menu-

do, no se dispone de herramientas innovadoras de diagnóstico como oxímetros de pulso, un mecanismo no invasivo que sirve para medir los niveles de oxígeno en la sangre.

PLANES DE ACCIÓN CONTRA LA NEUMONÍA: UNA PRIORIDAD PARA EL SISTEMA SANITARIO

Los gobiernos nacionales son los principales responsables de combatir la neumonía. Los líderes políticos han descuidado la enfermedad durante demasiado tiempo. Garantizar que exista una plantilla de trabajadores sanitarios capacitados, el suministro adecuado de los dispensarios y el equipamiento de sistemas de referencia para una transición rápida de los niños con neumonía grave debe ser una prioridad nacional en materia de salud.

Los países más afectados deberían aspirar a lograr la inmunización universal con PCV en los próximos cinco años. El registro hasta la fecha ha sido desigual. Algunos de los países más afectados (incluidos Indonesia, Chad y Somalia) siguen sin utilizar la vacuna PCV en los programas de inmunización habituales. Nigeria ha incluido la PCV en su calendario nacional, pero ha empezado a aplicarla recientemente y las tasas de cobertura son solo del 13%.

En términos más generales, la inmunización con PCV se caracteriza por las disparidades extremas que siguen los contornos de la inequidad en la prestación de servicios sanitarios. Este informe hace un llamamiento a los gobiernos de todos los países más afectados para que adopten los Planes de Acción contra la Neumonía orientados hacia el objetivo GAPPD.

Estos planes abarcarían los costes y las estrategias de distribución para lograr la vacunación universal con PCV, el suministro de anti-

bióticos y el suministro de oxímetros de pulso y oxígeno a los centros de derivación.

La condición para la implementación exitosa de estos planes es el fortalecimiento de los sistemas de salud, con un progreso acelerado hacia la cobertura sanitaria universal. La formación de los trabajadores sanitarios para diagnosticar y tratar correctamente la neumonía es fundamental. Sin embargo, las estrategias contra la neumonía solo tendrán éxito si la cobertura del sistema sanitario se extiende a los niños de más difícil acceso. Los gobiernos deberían gastar alrededor del 5% del PIB en sanidad, poniendo mayor énfasis en asignar los recursos de forma equitativa.

UN NUEVO ACUERDO SOBRE VACUNAS

La cooperación internacional también es fundamental para lograr avances decisivos en la lucha contra la neumonía. La comunidad internacional ha descuidado la enfermedad durante demasiado tiempo. Si se quieren alcanzar los objetivos ODS para 2030, la neumonía debe ser el foco de todos los esfuerzos para eliminar las muertes infantiles evitables. Ese esfuerzo debe incluir un nuevo acuerdo mundial sobre vacunas y una ayuda más eficaz.

“El arte supremo de la guerra”, dijo Sun Tzu, estratega militar chino, “es someter al enemigo sin luchar”. En esa observación también podría tener cabida la neumonía. Someter la enfermedad a través de la vacunación es infinitamente más eficaz que combatirla mediante el tratamiento y la gestión de casos, tanto si se mide en términos de sufrimiento humano evitado, dinero ahorrado o la reducción de la carga para la atención sanitaria. Gavi, the Vaccine Alliance, ha dado apoyo a un total de 59 países, principalmente de bajos ingresos, para que reciban VPC a través de la llamada línea de

Compromiso Anticipado de Mercado (AMC). Las tasas de cobertura en los países Gavi han alcanzado un promedio del 41%.

Estos logros han sido posibles gracias a una colaboración mundial extraordinaria. Desde 2009, los donantes han aportado 1.000 millones de dólares en financiación para las PCV. Las dos compañías productoras de la vacuna (GSK y Pfizer) han reducido los precios para los países apoyados por Gavi y para las organizaciones humanitarias y agencias de la ONU que trabajan con poblaciones de refugiados. También se comprometieron a que los países de bajos ingresos que salgan de Gavi puedan comprar al precio de Gavi durante diez años tras su salida. Gavi ha salvado vidas y ha demostrado que el multilateralismo apoyado por las asociaciones entre los sectores público y privado arroja resultados.

Para avanzar en la cobertura PCV universal es necesario un esfuerzo concertado para hacer frente a tres retos interrelacionados. El primero está relacionado con el precio. Las PCV son las vacunas más costosas de la cartera de Gavi, representando el 40% de su gasto en la adquisición de vacunas. La vacunación de ciclo completo a precios Gavi cuesta 9,15 dólares. La reducción de los precios, junto con el aumento de la inversión nacional en los sistemas de inmunización, permitiría a Gavi aumentar la cobertura y llegar más rápidamente a más niños y niñas. En segundo lugar, los precios de los países de ingresos medios-altos no pertenecientes a Gavi, muchos de los cuales tienen grandes poblaciones no inmunizadas, se disparan bruscamente, llegando a 112 dólares en algunos casos. Esto supone un impedimento para acceder a ellos. En tercer lugar, aunque AMC ha fomentado la inversión y el aumento de la oferta de GSK y Pfizer, no ha dado lugar a la aparición de nuevos competidores en el mercado, que era uno de sus principales objetivos.

Dado que la demanda de vacunas PCV aumentará drásticamente, existe la preocupación de que el déficit de oferta pueda aumentar los precios y frenar los avances hacia la vacunación universal. En este contexto, es fundamental que los gobiernos nacionales, Gavi y la comunidad internacional en general elaboren estrategias encaminadas a aumentar la oferta. Una competencia sana es fundamental, al igual que la creación de incentivos para los nuevos participantes en el mercado.

Este informe presenta una serie de posibles medidas para hacer frente al desafío de la vacuna. Las negociaciones bajo los auspicios de Gavi deberían tener como objetivo una reducción en los precios. Tanto GSK como Pfizer de-

berían explorar las oportunidades de reducir los precios cobrados a los países aptos para el apoyo de Gavi y a los países que no pertenecen a Gavi con grandes poblaciones inmunizadas. Aumentar el volumen de compras garantizadas podría crear las condiciones de mercado para reducir los precios. Estas podrían financiarse a través de bonos (área en la que el Banco Mundial podría desempeñar un papel más importante) e instrumentos de garantía de riesgo para respaldar los acuerdos de compra. Reducir los precios a un nivel compatible con la cobertura universal exige un cierto grado de reparto de la carga y una mayor transparencia con respecto a los costes de producción.

A Jackson, de tres años de edad, en estado crítico con neumonía grave, un médico de Save the Children le pone una máscara de oxígeno en un hospital de Turkana, Kenia.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children



Las reglas de Gavi también podrían enmendarse en algunas áreas. Por ejemplo, extender el apoyo y los precios de Gavi a las regiones y provincias de países de ingresos medios con grandes poblaciones no inmunizadas podría ayudar a salvar vidas. Las normas actuales no permiten esto. Sujeta a un plan nacional presentado por el gobierno para llegar a las zonas desfavorecidas, la junta directiva de Gavi debería eliminar la barrera creada por las normas existentes.

Crear un entorno propicio para los nuevos participantes en el mercado es fundamental para una competencia sana. Debería darse más importancia en el AMC y en otros mecanismos al apoyo de la investigación y el desarrollo acelerado, los ensayos clínicos y la entrada temprana en el mercado, quizás vinculados a un precio objetivo de alrededor de seis dólares para un ciclo completo de PCV. En interés de la salud pública, los gobiernos deberían evitar una aplicación estricta de la protección de patentes, recurriendo a licencias obligatorias en los casos en que la aplicación de las patentes amenace con retrasar la entrada en el mercado, aumentar los precios y disminuir la cobertura. Los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de garantizar la inmunización universal de los niños y niñas vulnerables.

Hay otras esferas en las que la acción internacional es fundamental. Unicef, uno de los principales organismos de ejecución de la iCCM, se enfrenta actualmente a un déficit financiero de 73 millones de dólares para el suministro de intervenciones no relacionadas con la malaria, incluida la Amoxicilina DT. Aunque la financiación de las intervenciones contra la malaria a través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha salvado indudablemente vidas, también puede haber desviado las prioridades sanitarias hacia los medicamentos antipalúdicos, los equipos de diagnóstico y los programas de capacitación que financia, reforzando el abandono de la neumonía. Los donantes de ayuda po-

drían corregir esta desigualdad asegurándose de que el Servicio Mundial de Financiación en Apoyo de la Salud de la Mujer, la Infancia y la Adolescencia, un nuevo e importante vehículo multilateral, atribuyera más importancia a la neumonía, incluso en la financiación de los medicamentos e intervenciones relacionados con la neumonía en el marco de la iCCM. Es motivo de preocupación que los planes de inversión apoyados por el Servicio Mundial de Financiación hasta la fecha hayan pasado por alto en gran medida la neumonía.

SITUAR LA NEUMONÍA EN EL MAPA

La neumonía plantea a la comunidad internacional tanto un desafío como una oportunidad. Las asociaciones actuales de lucha contra la neumonía tienen mucho que elogiar. Estas asociaciones han producido planes de acción, metas y directrices para los planificadores sanitarios y han dado lugar al desarrollo de innovaciones que, si se adoptan y utilizan, pueden ayudar a los países de bajos ingresos. Han creado investigaciones detalladas y han proporcionado plataformas de convocatoria. Lo que ha faltado es una masa crítica necesaria para que la principal causa de muerte infecciosa de niños y niñas entre en la agenda internacional. La batalla contra la neumonía sigue siendo una causa sin los defensores necesarios para salvar vidas.

Ahí hay una oportunidad. Este informe exige una cumbre mundial sobre la neumonía con el único propósito de salvar más de 5 millones de vidas para 2030. Con el apoyo de gobiernos de países afectados, organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el sector privado, los países donantes y la sociedad civil, esta cumbre podría concretar las coaliciones necesarias para salvar vidas y cumplir el compromiso contraído con los niños y las niñas en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Introducción

En el tiempo que le lleve leer este párrafo, dos menores perderán la vida a causa de una enfermedad mortal que se puede prevenir y tratar fácilmente. Esta enfermedad aprovecha la vulnerabilidad de sus víctimas. Florece en condiciones de pobreza, desigualdad social y atención sanitaria limitada. Ninguna otra enfermedad se cobra la vida de más niños y niñas. Sin embargo, se trata de un asesino que opera en la sombra, descuidado por los gobiernos y pasado por alto por la comunidad internacional. El asesino en cuestión es la neumonía.

Hace 100 años, la neumonía era una pandemia mundial que afectaba tanto a los países ricos como a los pobres. La enfermedad fue una de las principales causas de muerte entre los niños y niñas en Europa y Estados Unidos. El aumento del nivel de vida y la mejora del acceso a la atención sanitaria han cambiado radicalmente esta situación. La neumonía sigue siendo un riesgo para la salud de los niños y niñas de los países más ricos, pero los riesgos de muerte afectan más a los niños y niñas pobres de los países más pobres. En 2015, la enfermedad mató a 920.000 niños y niñas, la gran mayoría menores de dos años. Para muchos más millones de niños la neumonía es una fuente de angustia, sufrimiento y problemas de salud debilitantes a largo plazo.

Este informe formula una pregunta sencilla: ¿Por qué nosotros, como comunidad global, permitimos que se pierdan tantas vidas jóvenes a manos de una enfermedad que conocemos y que contamos con las herramientas y recursos para vencer? El mundo no carece ni del conocimiento ni de los recursos financieros, técnicos y médicos necesarios para salvar vidas. Sin embargo, la lucha contra las muertes por neumonía se está perdiendo, y los niños y niñas que la padecen en primera línea lo están pagando con sus vidas. En este informe describimos el perfil de los menores en situación de riesgo. Mostramos sus caras y contamos sus historias.

Pero, sobre todo, este informe es un llamamiento a la acción. Hace hincapié en las desigualdades, los fracasos políticos y la indiferencia que frenan el progreso. Y desafía a gobiernos, agencias internacionales, empresas privadas y

organizaciones no gubernamentales a unirse en una coalición comprometida con salvar las vidas amenazadas por la neumonía.

Resulta fácil que cunda el desánimo ante un reto de la magnitud que representa la neumonía. Tal respuesta sería injustificada. Una de las lecciones de los últimos 15 años es que es posible lograr avances extraordinarios. En 2015 hubo casi 4 millones menos muertes infantiles que en 2000. Muchos de los países más pobres del mundo han registrado los avances más importantes. Ese resultado demuestra nuestro potencial para poner fin al calvario de las muertes infantiles evitables. Colectivamente, tenemos el poder de crear un mundo mejor y más justo en el que todos los niños y niñas puedan sobrevivir y prosperar, y debemos utilizar ese poder para poner fin a las muertes evitables por neumonía.

En todo el informe destacamos la urgencia de esta situación. Hace dos años, gobiernos de todo el mundo se comprometieron solemnemente, a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a poner fin a todas las muertes infantiles evitables antes de 2030, haciendo hincapié en los más desfavorecidos. Los nuevos datos presentados en este informe muestran que, según las tendencias actuales, todavía habrá 735.000 niños que morirán de neumonía en el año objetivo. Casi todas estas muertes son eminentemente evitables. Sin embargo, las muertes por neumonía están disminuyendo más lentamente que cualquier otra causa de muerte infantil importante. La enfermedad causa más muertes infantiles que la diarrea, el paludismo y el sarampión juntos.

Si no se cambia esta situación se romperá la promesa del ODS y cada año de acción retrasada costará vidas. La buena noticia es que las tendencias del pasado no dictan el destino de las naciones. El mensaje central de este informe es que es posible cambiar la trayectoria de las muertes por neumonía y salvar potencialmente unos 5 millones de vidas jóvenes en los próximos 15 años.

Las intervenciones sanitarias necesarias para lograr ese resultado son bien conocidas. Existen vacunas eficaces contra la neumonía bacteriana. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud para la Atención Integrada de las Enfermedades Infantiles y la Gestión Comunitaria Integrada de Casos proporcionan a los trabajadores sanitarios los métodos e instrumentos diagnósticos necesarios para determinar si un niño tiene neumonía. La mayoría de los casos se pueden tratar con antibióticos simples. La gran mayoría de los casos graves y complejos pueden tratarse mediante la remisión a niveles superiores de atención.

Todo ello plantea la pregunta obvia de por qué se están perdiendo tantas vidas. La respuesta varía de un país a otro, pero destacan cuatro errores que se refuerzan a sí mismos.

- **Fallos del sistema sanitario:** Identificar las intervenciones necesarias para prevenir, diagnosticar y tratar la neumonía es la parte fácil. Asegurar que los trabajadores sanitarios de primera línea estén en cada vecindario, debidamente capacitados y apoyados para prestar estos servicios; que las familias y las comunidades puedan exigir servicios sanitarios para un niño enfermo; que haya un sistema de remisión en funcionamiento para los casos más graves; y que las instalaciones cuenten con el equipo de diagnóstico, los antibióticos y el oxígeno para prestar atención sanitaria es una cuestión diferente. Incluso cuando existen instalaciones y personal capacitado, los padres de los

niños más vulnerables pueden carecer del conocimiento que necesitan para identificar los primeros síntomas. Es posible que no puedan afrontar los costes asociados con el transporte y el tratamiento. Las clínicas a las que asisten pueden carecer de medicamentos esenciales. Puede haber una confianza limitada entre los proveedores de servicios sanitarios y las comunidades a las que sirven.

Abordar estos fallos a través de una reforma irregular y de intervenciones estrechamente definidas sobre la neumonía no funcionará. Se trata de una enfermedad que mata de manera concertada con la malaria, la diarrea, la desnutrición y las amenazas a las que se enfrentan los niños en el primer mes de vida. La neumonía no se puede tratar de forma aislada. Es fundamental garantizar que todos los menores tengan acceso a una atención digna y de calidad. Por ello, el rápido progreso hacia la cobertura sanitaria universal es una condición determinante.

- **Fallos de equidad:** La neumonía es una enfermedad infecciosa, pero las muertes están vinculadas a la interacción de microbios potencialmente peligrosos con la pobreza, la desnutrición, los factores ambientales y la desventaja social. Los niños y niñas más pobres y marginados son más propensos a contraer neumonía grave y tienen menos probabilidades de tener acceso a una atención de calidad. Esto ayuda a explicar por qué la neumonía es una de las causas más poderosas de las disparidades sociales, que hacen que los niños y niñas de los hogares más pobres se enfrenten a tasas de mortalidad entre dos y tres veces más altas que los menores nacidos en los hogares más ricos. También por ese motivo la lucha contra la neumonía es una condición para fortalecer la equidad.

Los compromisos asumidos por el ODS en 2030 incluían la promesa de “llegar primero al más rezagado”. Los gobiernos deben de cumplir con ese compromiso, y abordar la mayor causa de mortalidad infecciosa de los niños y niñas pobres es un punto de partida obvio.

- **Fallos de la cooperación internacional:** Las alianzas mundiales, en apoyo de políticas nacionales sólidas, han logrado grandes cambios en el ámbito de la salud. Han contribuido a reducir drásticamente la mortalidad causada por el paludismo, el sarampión, el VIH/SIDA y otras enfermedades mortales. Los fondos mundiales de salud (el Fondo Mundial y Gavi, the Vaccine Alliance) han salvado millones de vidas. El contraste con la neumonía es sorprendente. Unicef y la OMS producen sistemáticamente pruebas de alta calidad que ponen de relieve la eficacia de las intervenciones conocidas contra la neumonía. También han elaborado un Plan Global de Acción para Prevenir y Controlar la Neumonía y la Diarrea. El Banco Mundial aborda la neumonía como parte de su cartera de servicios de salud. La iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas “Cada mujer, cada niño” y la Estrategia Mundial en Apoyo de la Mujer, la Infancia y la Adolescencia tienen como objetivo poner fin a todas las muertes infantiles evitables. Sin embargo, ninguna de estas agencias o iniciativas ha galvanizado la acción en la escala requerida. En el mejor de los casos, los esfuerzos contra la neumonía están atrapados en un equilibrio de bajo nivel. La enfermedad destaca por su ausencia en la agenda de salud mundial y las prioridades de la ayuda internacional. Lo que se necesita es un impulso concertado para crear una coalición para el cambio unificada por el compromiso de poner fin a todas las muertes evitables por neumonía.

- **Fallos en la asociación público–privada; vacunas accesibles:** Una de las características de las asociaciones de salud exitosas ha sido la colaboración entre los gobiernos, las agencias de ayuda y el sector farmacéutico para hacer que los productos que salvan vidas sean más accesibles. En el caso de la neumonía, los resultados han sido más limitados. Los esfuerzos actuales de ayuda son insuficientes: menos del 2% de la ayuda al desarrollo destinada a la salud se orienta específicamente hacia esta enfermedad, aunque representa el 16% de las muertes de menores de cinco años en todo el mundo. Gavi ha desempeñado un papel fundamental en la ampliación del acceso a las vacunas contra la neumonía. Sin embargo, los precios de las dos principales vacunas neumocócicas conjugadas producidas por GSK y Pfizer (9,15 dólares para un ciclo completo para los países Gavi) siguen siendo demasiado altos para apoyar avances acelerados hacia la cobertura universal de inmunización. Además, los acuerdos Gavi solo se aplican a los países de bajos ingresos y a algunos países de ingresos medios-bajos. Los precios para otros países, incluyendo aquellos con grandes poblaciones no inmunizadas, son por lo general muy superiores a los niveles de Gavi.

El precio no es la única barrera. Otra condición para extender el poder de la vacunación a los niños y niñas vulnerables es el funcionamiento de una infraestructura sanitaria financiada, dotada de personal y equipada para llegar a las poblaciones marginadas. Son muchos los gobiernos que no están proporcionando esa infraestructura. Sin embargo, el coste sí importa, y la reducción de los precios crearía un entorno propicio para unas estrategias más eficaces contra la neumonía. Si bien la “fijación de precios justos” es un tema que genera un debate polarizado, a falta de profundas reducciones de precios tanto para los paí-

ses de ingresos bajos como para los de ingresos medios, la fijación de precios actual es un tema de gran importancia. En este informe, abogamos por una asociación entre empresas y donantes de ayuda para reducir los precios, con medidas adicionales para acelerar la entrada en el mercado de nuevas vacunas de bajo coste.

EL IMPERATIVO DE ACTUAR

Cada uno de estos fallos pone en tela de juicio los compromisos más amplios contraídos por la comunidad internacional. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado de la historia) incluye disposiciones que obligan a los gobiernos a reducir la mortalidad infantil y proteger la salud infantil. Las disposiciones incluyen responsabilidades específicas para los gobiernos nacionales y la comunidad internacional, incluida la responsabilidad de desarrollar sistemas de salud. La neumonía es un claro ejemplo del fracaso de los gobiernos a la hora de defender

Sunil, de dos años de edad, fue ingresada en un hospital con neumonía en Rajastán, India.

FOTO: CJ Clarke / Save the Children



el derecho fundamental de todos los niños a una atención sanitaria de buena calidad. Por ello, el poder de los esfuerzos para combatir la neumonía representa una prueba decisiva del compromiso de la comunidad internacional con los derechos del niño.

También es una prueba decisiva del compromiso con los ODS. El compromiso de 2030 de poner fin a las muertes infantiles evitables es un objetivo alcanzable. Pero el objetivo no se alcanzará a menos que los gobiernos, el sector empresarial, las organizaciones no gubernamentales y otras entidades se reúnan para traducir los compromisos en las acciones prácticas necesarias para salvar vidas. Como mostramos en este informe, la meta de super-

vivencia infantil de los ODS se perderá por un amplio margen a menos que seamos capaces de reducir las muertes por neumonía más rápidamente.

Los cuatro fallos políticos que identificamos también representan una oportunidad. Para los gobiernos de los países con una “alta carga” de neumonía, que son los que causan la mayor parte de las muertes, existe la oportunidad de salvar vidas mediante intervenciones simples, de bajo coste y de eficacia probada. Los Planes de Acción contra la Neumonía que propugnamos en este informe brindan a los gobiernos la oportunidad de construir sociedades más justas e inclusivas, abordando las profundas desigualdades en materia sanitaria



Mohit, de nueve meses, es tratado de neumonía y desnutrición en un hospital de Rajastán, India.

y las disparidades sociales más amplias que hacen que tantos niños y niñas acaben en una tumba. Para la comunidad internacional, esta es una oportunidad para demostrar un serio empeño en los objetivos de desarrollo para 2030.

El liderazgo político está en el centro del desafío. Para millones de los niños y niñas más pobres y vulnerables del mundo, la neumonía representa una amenaza real e inmediata. Los padres de estos menores tienen que lidiar con la angustia y la ansiedad de ver sufrir a un ser querido. A menudo, también tienen que pagar los costes de atención médica, agravando así su pobreza. Sin embargo, con algunas notables excepciones, los gobiernos de los países con ingresos bajos y medios no han logrado estar a la altura y los donantes de ayuda, las agencias de la ONU, el Banco Mundial y los activistas no han logrado construir la alianza necesaria para salvar vidas.

Los niños en riesgo de muerte y enfermedad por neumonía carecen de defensores efectivos. Su causa no se ha prestado a un lazo o símbolo que el público reconozca. No incita a que las personas participen en eventos de recaudación de fondos o presionen a sus gobiernos. La neumonía, la mayor causa infecciosa de muerte

infantil, nunca ha aparecido en un comunicado del G8 o del G20. La enfermedad no recibe la atención que necesita de los donantes de ayuda, los investigadores o la industria farmacéutica. Lamentablemente, los dirigentes políticos de algunos de los países más afectados parecen ignorar o se muestran indiferentes ante la magnitud del sufrimiento que causa en niños y niñas vulnerables.

Hace casi cien años, Eglantyne Jebb, fundadora de Save the Children, hizo un llamado a los gobiernos de todo el mundo para que actuaran sobre el imperativo ético de proteger a la infancia. Jebb dijo, “La humanidad le debe al niño su mejor esencia”. En lo que se refiere a la neumonía, los gobiernos nacionales y la comunidad internacional no son dignos de esta aseveración.

La tendencia actual de las muertes por neumonía infantil no es permanente. Es posible cambiar la tendencia, y dado que es posible existe un imperativo ético para actuar. Colectivamente, tenemos en nuestro poder la capacidad de salvar 5 millones de vidas. Este informe expone cómo podemos hacerlo.

1 La neumonía: la asesina olvidada de los niños

PUNTOS CLAVE

- *En 2015, la neumonía mató a 920.000 niños y niñas: dos por minuto.*
- *Cuatro de cada cinco muertes se dan en menores de dos años: 17% de ellos en el primer mes de vida.*
- *Las muertes causadas por la neumonía están disminuyendo más lentamente que otras causas importantes de muerte, y los países del África subsahariana con una elevada carga de morbilidad registran los progresos más lentos.*
- *Según las tendencias actuales, en 2030 podría haber 735.000 muertes infantiles causadas por la neumonía, lo que rompería el compromiso del Objetivo de Desarrollo Sostenible de poner fin a las muertes infantiles evitables.*
- *La ampliación de las intervenciones probadas en un escenario “objetivo 2030” (para reducir la tasa de mortalidad por neumonía a 3/1.000 nacidos vivos) podría salvar 5,3 millones de vidas jóvenes en los próximos 15 años.*

LA ASESINA DE NIÑOS MÁS LETAL

La neumonía es una de las enfermedades infecciosas más comunes del mundo. Afecta a millones de personas en todo el mundo todos los días. Para los pequeños y pequeñas de los países más pobres, constituye una amenaza real e inmediata.

La descripción clínica no captura el horror de las muertes por neumonía. La enfermedad mata al saturar los sistemas inmunológicos y privarlos de oxígeno. Hace que sus víctimas tengan que luchar por cada bocanada de aire y acaben agotadas al intentar sobrevivir. Para los niños y niñas afectadas, la neumonía es una fuente de gran sufrimiento. Para los padres, que ven

cómo sus pequeños tienen que luchar contra una enfermedad así, es una fuente de temor, ansiedad y angustia.

La neumonía representa una epidemia mundial de salud infantil. Es la principal causa infecciosa de muerte de niños y niñas menores de cinco años. Las estimaciones de Unicef y de la OMS

sitúan el número de muertes en 920.000, es decir, alrededor del 16% de las muertes infantiles en 2015. Esa cifra se traduce en 2.500 muertes al día, o dos muertes por minuto. En la actualidad mueren más niños y niñas por neumonía que por diarrea, paludismo y sarampión juntos (Gráfico 1).

Las fuentes de datos que sustentan estas cifras deben tratarse con cautela, y hay razones fundadas para sugerir que las cifras reales pueden ser mucho más elevadas. Las estimaciones mundiales para las muertes por neumonía en los países en desarrollo se derivan de la extrapolación, no de la observación clínica. Rara vez se realizan autopsias. En las zonas más remotas no se suelen registrar estas muertes. Si bien es probable que los casos que llegan a los hospitales queden documentados, los niños y niñas más pobres que se enfrentan a mayores riesgos son los menos propensos a recibir atención hospitalaria. Otro factor que complica la situación es la interacción entre la neumonía y otros factores mortíferos importantes, como la diarrea y la desnutrición grave. A menudo es difícil determinar con precisión una sola causa de muerte.

CUADRO 1_ ¿QUÉ ES LA NEUMONÍA?

La neumonía es una forma de infección aguda del tracto respiratorio inferior que ocurre cuando los virus, bacterias u otros microorganismos causan inflamación de los pulmones. La neumonía más grave o fatal está provocada por bacterias. Sin embargo, la neumonía viral y bacteriana a menudo interactúan, creando condiciones que hacen que la infección bacteriana sea más probable o más grave. Los tipos más comunes de neumonía son los siguientes:

- *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcus): Esta es la causa más importante de neumonía, probablemente responsable de alrededor del 40% de las muertes por neumonía. También puede causar otras infecciones graves, como la meningitis. Existen más de 90 tipos de pneumococo.
- *Haemophilus influenzae* tipo b: Conocida como Hib, fue la segunda causa más importante de muerte por neumonía, pero ha disminuido sustancialmente debido a la vacunación generalizada.
- El virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más común de las infecciones pulmonares infantiles en los primeros seis meses de vida, y la causa más común de hospitalización por neumonía en este grupo etario. Estimaciones recientes indican que en 2015 se registraron 33 millones de casos de VSR, de los cuales alrededor del 10% fueron hospitalizados y 118.200 casos derivaron en muerte del enfermo. Alrededor de la mitad de los ingresos hospitalarios y las muertes ocurrieron en niños menores de seis meses.

Existen vacunas eficaces contra el *Streptococcus pneumoniae* y el Hib. Actualmente no existe ninguna vacuna contra el VSR, aunque se han desarrollado vacunas candidatas y en la actualidad se están probando en ensayos clínicos. Algunos patógenos virales y bacterianos atacan a una edad muy temprana y matan a los bebés antes de que puedan ser inmunizados. Entre ellos se incluyen el VSR, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella*, tosferina y estreptococos del grupo B. La inmunización materna puede ser un enfoque futuro importante para proteger a las madres y los recién nacidos de algunos de los principales agentes patógenos.

Las bacterias neumocócicas ya están presentes en la mayoría de los menores de los países en desarrollo durante los primeros meses de vida, ya que viven en la mucosa nasal o de la garganta. En niños y niñas sanas, los mecanismos de defensa del cuerpo hacen que la bacteria sea inofensiva. Estos mecanismos incluyen la tos refleja, que expulsa el moco de las vías respi-

ratorias inferiores y del tejido pulmonar, anticuerpos en el torrente sanguíneo y el sistema inmunitario. Los niños nacen con un sistema inmunológico mucoso y su sistema inmunológico se adapta a las amenazas bacterianas y virales. Las bacterias se vuelven peligrosas en condiciones que comprometen los sistemas de defensa del organismo (ver Capítulo 2).

La neumonía también puede ser provocada por otras bacterias y una serie de virus. Por ejemplo, el sarampión puede actuar como causante de la neumonía y como factor predisponente. La neumonía de aparición temprana se puede derivar del trabajo de la madre o durante el parto, con dificultad respiratoria que comienza en el momento del parto o poco después de este. Cuando un niño desarrolla neumonía, los síntomas son la respuesta del cuerpo a la infección. Entre los síntomas se incluyen fiebre y dolor torácico.

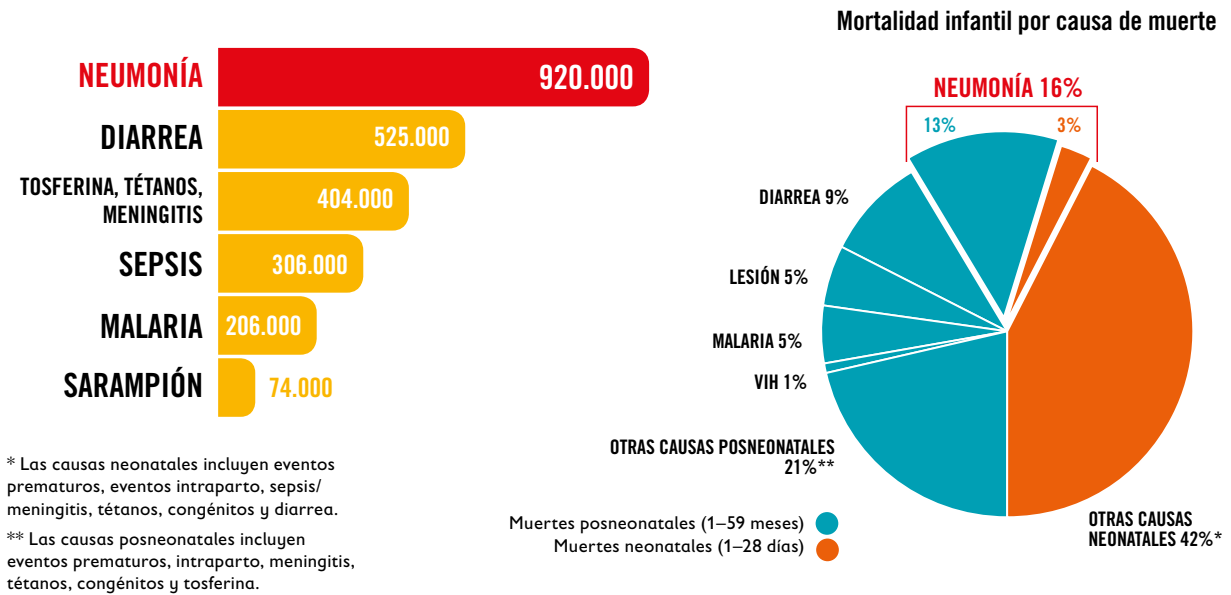
La dificultad respiratoria es un indicador clínico determinante. La infección hace que los pulmones se llenen de líquido, dificultando la respiración y haciendo que el niño haga respiraciones más pequeñas y rápidas. En los casos más graves, la capacidad pulmonar reducida se asocia con la contracción de la pared inferior del tórax a medida que el cuerpo del niño intenta generar presión negativa para que los pulmones se inflen adecuadamente para llenarse de aire. Esto ocurre porque los pulmones se endurecen y se vuelven difíciles de expandir. El flujo restringido de oxígeno en la sangre y los órganos del cuerpo puede causar hipoxia, una afección a menudo mortal asociada con el deterioro de la conciencia, incapacidad para alimentarse y convulsiones.

La neumonía está estrechamente relacionada con las formas más graves de infecciones respiratorias agudas o IRA. La mayoría de estas infecciones se limitan a la nariz y la garganta (el tracto respiratorio superior). Las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, la clasificación más utilizada en las encuestas de salud, hacen referencia a todas las infecciones que se extienden al tórax, incluyendo los casos de bronquiolitis y neumonía, donde la infección se extiende al tejido pulmonar.

Fuentes: Mulholland K y Weber MW, (2016) Pneumonia in Children: Epidemiology, prevention and treatment [en inglés], Pinter & Martin TALC; Ting Shi et al., 'Global, regional and national burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systemic review and modelling study' [en inglés], *The Lancet*, 390, 2017, pp 946–958; Igor Rudan et al., 'Epidemiology and aetiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogen for 192 countries', *Journal of Global Health*, 3, 1, 2013, pp 1–14 [en inglés].

GRÁFICO 1_ LA NEUMONÍA ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MORTALIDAD INFANTIL INFECCIOSA: MORTALIDAD INFANTIL POR PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS INFANTILES

Defunciones de menores de cinco años por enfermedades infecciosas principales, 2015.



Datos: Organización Mundial de la Salud, Global Health Observatory data repository, Liu L, Oza S, Hogan D, et al. (2016) The Lancet, 388, 10063, p3029.

El perfil etario de los menores que mueren refleja las vulnerabilidades subyacentes. Se calcula que los menores de dos años representan más del 80% de las muertes. El sistema inmunológico de estos menores, especialmente cuando está debilitado por desnutrición o lactancia materna insuficiente, es menos capaz de responder a las infecciones por neumonía.

La neumonía en el primer mes de vida implica un alto riesgo de muerte. En 2015, la mortalidad neonatal representó el 17% de las muertes por neumonía (Gráfico 1). Una vez más, los datos deben tratarse con cierta cautela. Las infecciones bacterianas graves en el período neonatal incluyen la sepsis y la meningitis (y la neumonía puede contribuir a ambas afecciones). Según una estimación, hay alrededor de 7 millones de casos de posible infección bacteriana grave en neonatos al año, con mayor incidencia en Asia meridional (3,5 millones de casos) y África subsahariana (2,6 millones).

Debido a sus sistemas inmunitarios inmaduros, sus pequeñas vías respiratorias y su incapacidad para limitar las infecciones bacterianas a un órgano en particular, como el pulmón, los

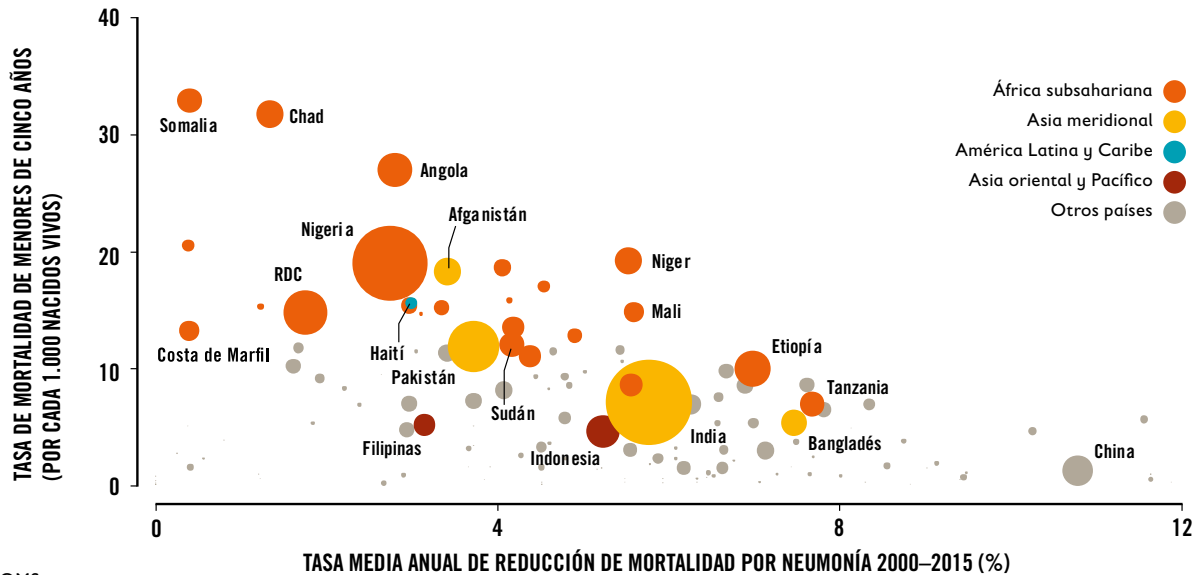
recién nacidos son sumamente vulnerables a la neumonía. La infección se puede contagiar durante el embarazo, el parto o en el período posnatal como resultado de la exposición a bacterias y virus dañinos. La incapacidad para retener el calor corporal puede ser un factor agravante. Como las infecciones pueden tardar en desarrollarse, los niños que nacen sin síntomas de neumonía pueden ser asintomáticos después del nacimiento, pero luego se deterioran muy rápidamente.

Los riesgos son mayores en los menores con bajo peso al nacer o los nacidos prematuramente. Hasta el 3% de los lactantes con muy bajo peso al nacer padecen neumonía. Las tasas de mortalidad de estos lactantes pueden llegar al 30%. Sin embargo, la mayoría de los bebés con bajo peso al nacer responden al tratamiento con antibióticos.

Los datos de mortalidad solo cuentan una parte de la historia. Por cada muerte infantil por neumonía, hay muchos más casos potencialmente mortales. Las mejores estimaciones indican que anualmente hay alrededor de 120 millones de episodios de neumonía entre

GRÁFICO 2 LAS MUERTES POR NEUMONÍA DISMINUYEN A UN RITMO VARIABLE: MORTALIDAD DE MENORES DE CINCO AÑOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) vs. TASA DE VARIACIÓN ANUAL 2000–15

Defunciones debidas a infecciones agudas de las vías respiratorias en determinados países de ingresos bajos y medios en 2015. Círculos proporcionales al número de muertes de menores de cinco años debidas a infecciones respiratorias inferiores.



Datos: OMS.

menores de cinco años, y que 14 millones de estos episodios se convierten en casos graves. En muchos casos, los afectados quedan debilitados y son más vulnerables a problemas de salud futuros, incluidas enfermedades pulmonares crónicas.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS MUERTES POR NEUMONÍA

Aunque la neumonía está presente en todo el mundo, casi todas las muertes se dan en los países en desarrollo, especialmente en Asia meridional y África subsahariana. Las muertes se concentran en gran medida en un pequeño número de países. Solo cinco de ellos (India, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo y Etiopía) albergan a casi la mitad de los niños y niñas que pierden la vida a causa de la neumonía. Los veinte primeros representan las tres cuartas partes de todas las muertes. Para un grupo heterogéneo de países, que van desde la India y Nigeria hasta la República Democrática del Congo e Indonesia, es la principal causa de mortalidad infantil (Tabla 1).

El Gráfico 2 mira más allá de una instantánea estática y muestra una imagen dinámica de las muertes por neumonía. El eje vertical traza la tasa de mortalidad y el tamaño de la burbuja del país captura el número de muertes, mientras que el eje horizontal mide el ritmo de disminución (ver Tabla 1 para los datos subyacentes). Los países a la derecha del gráfico están reduciendo las muertes por neumonía a un ritmo impresionante. Por ejemplo, Bangladés, Etiopía y Tanzania han registrado disminuciones medias anuales del 7% o superiores. En el otro extremo del espectro, países de alta mortalidad como Pakistán, Nigeria y la República Democrática del Congo están reduciendo las tasas de mortalidad a menos de la mitad de este nivel, y Somalia prácticamente no ha registrado avances. En India, el país que registra el mayor número de muertes, la mortalidad por neumonía se reduce a un 6% anual.

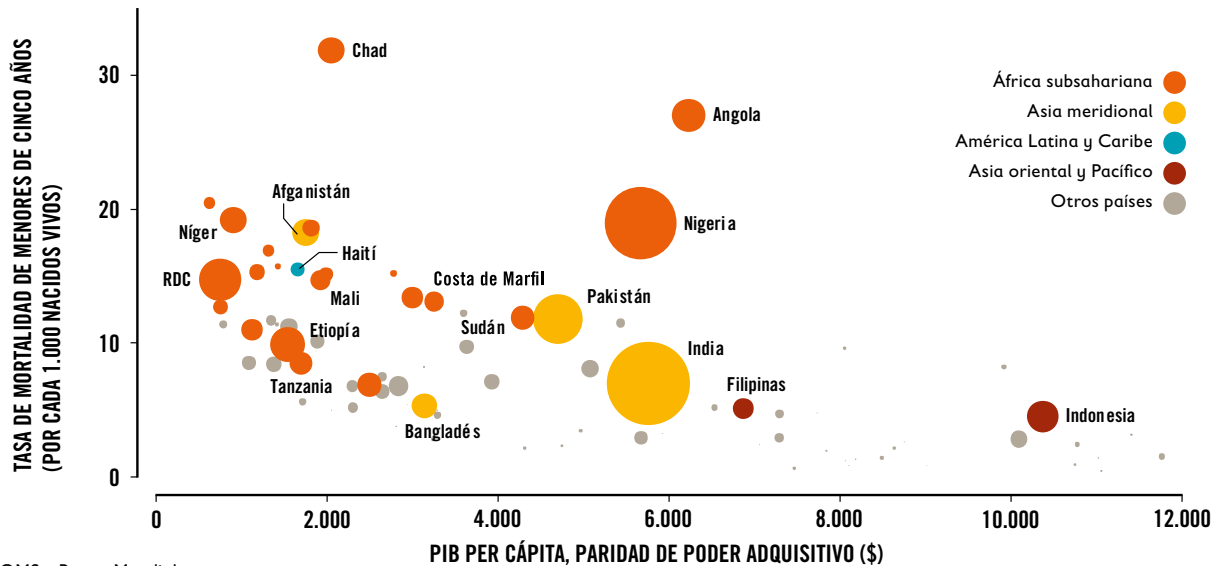
TABLA 1_ PERFIL DE NEUMONÍA: LOS 30 PAÍSES MÁS AFECTADOS

	<i>País</i>	<i>Número de muertes de menores de cinco años a causa de IRA</i>	<i>Tasa de muertes por IRA de menores de cinco años por cada 1.000 nacimientos</i>	<i>Porcentaje de muertes por IRA en la mortalidad de menores de cinco años</i>	<i>Tasa media anual de reducción de la mortalidad por IRA 2000-15</i>	<i>Año en que se espera que el país alcance la meta de la GAPPD para 2025 al ritmo actual de progreso</i>
1	India	178.717	7,1	14,9%	-5,76%	2030
2	Nigeria	132.556	19,0	17,8%	-2,73%	2075*
3	Pakistán	63.844	11,9	14,8%	-3,72%	2052
4	RDC	45.812	14,8	15,2%	-1,75%	2075*
5	Etiopía	31.456	10,0	17,1%	-6,98%	2032
6	Angola	29.367	27,0	17,4%	-2,79%	2075*
7	Indonesia	25.481	4,6	17,0%	-5,23%	2023
8	Chad	19.235	31,8	23,3%	-1,33%	2075*
9	Afganistán	18.671	18,3	19,8%	-3,41%	2068
10	Níger	18.247	19,2	20,8%	-5,53%	2048
11	Bangladés	17.410	5,4	14,5%	-7,47%	2023
12	Sudán	15.497	12,0	17,4%	-4,16%	2048
13	Somalia	14.561	32,9	24,2%	-0,39%	2075*
14	Tanzania	14.270	7,0	14,6%	-7,68%	2026
15	Uganda	13.566	8,6	16,0%	-5,56%	2034
16	Filipinas	12.212	5,2	18,6%	-3,15%	2033
17	Mozambique	11.337	11,1	14,3%	-4,37%	2045
18	Camerún	11.046	13,5	15,5%	-4,18%	2051
19	Costa de Marfil	10.913	13,2	14,5%	-0,39%	2075*
20	Mali	10.717	14,8	13,0%	-5,59%	2043
21	Sudán del Sur	8.268	18,6	20,4%	-4,05%	2060
22	Guinea	6.993	15,4	16,7%	-2,97%	2070
23	Burundi	5.888	12,8	16,0%	-4,90%	2044
24	Benin	5.689	15,2	15,4%	-3,34%	2063
25	Haití	4.007	15,6	22,5%	-2,99%	2070
26	Sierra Leona	3.705	17,0	14,0%	-4,53%	2053
27	República Centroafricana	3.355	20,5	16,0%	-0,38%	2075*
28	Guinea-Bissau	1.019	15,8	17,5%	-4,14%	2055
29	Lesoto	954	15,3	17,2%	-1,22%	2075*
30	Guinea Ecuatorial	416	14,7	15,8%	-3,11%	2066

* Países en los que el año proyectado para alcanzar la meta del GAPPD de 3/1.000 muertes de menores de cinco años por neumonía supera el año 2075.

GRÁFICO 3 LA RELACIÓN ENTRE MAYORES INGRESOS Y MENORES TASAS DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA NO ES AUTOMÁTICA: MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE CINCO AÑOS vs. PIB PER CÁPITA

Muertes por infecciones agudas de las vías respiratorias en determinados países de ingresos bajos y medios en 2015. Círculos proporcionales al número de muertes de menores de cinco años debidas a infecciones en las vías respiratorias inferiores.



Datos: OMS y Banco Mundial.

Existe una fuerte relación inversa entre la renta nacional y las muertes por neumonía. En promedio, la mortalidad por neumonía disminuye a medida que el aumento del nivel de vida se traduce en una mejor nutrición, menos pobreza y un mejor sistema sanitario. Sin embargo, los promedios ocultan algunas variaciones marcadas.

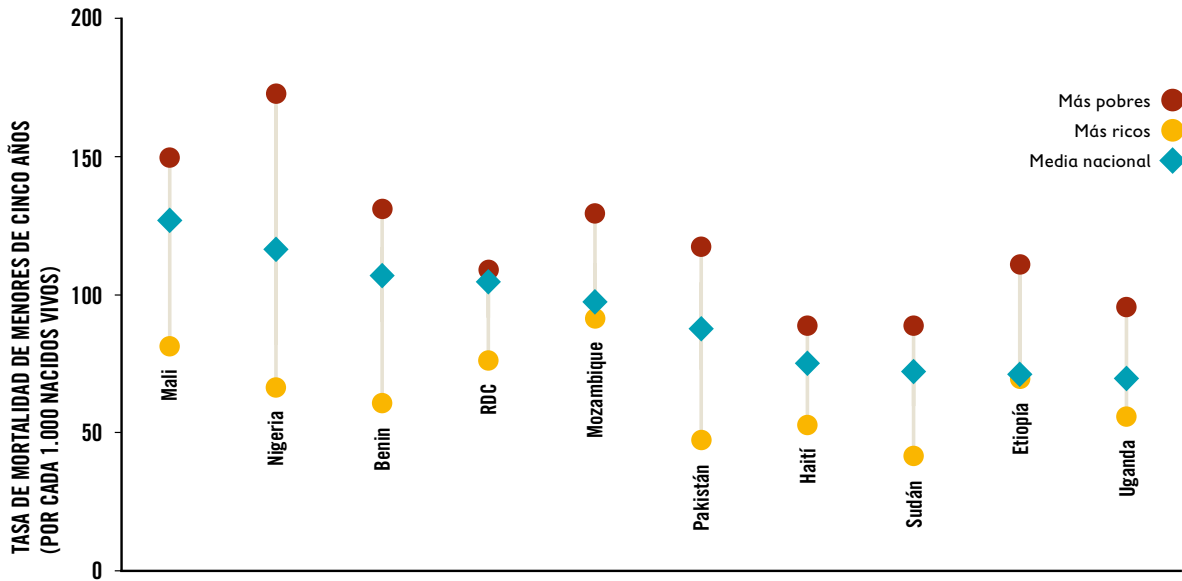
Vea algunas comparaciones simples en el Gráfico 3. Los ingresos medios en Indonesia son cuatro veces más altos que en Tanzania, pero los dos países tienen tasas de mortalidad por neumonía comparables, y Tanzania está reduciendo las muertes más rápidamente. Los ingresos en India son casi el doble de los de Bangladés, pero India tiene una tasa de mortalidad por neumonía infantil más alta, y está a la zaga de Bangladés en su erradicación. Nigeria es mucho más rica que Malí, pero tiene una tasa de mortalidad más alta.

Muchos factores contribuyen a estas diferencias, pero las comparaciones ponen de relieve la importancia de las políticas y la equidad. Los países varían en el grado en que convierten el aumento de los ingresos en menores ta-

sas de mortalidad por neumonía. Esto puede reflejar patrones de crecimiento económico y desigualdad en la distribución de los beneficios de ese crecimiento, que influyen en la pobreza y la desnutrición. También puede reflejar diferencias en el grado en que los gobiernos han ampliado la cobertura y la calidad de los sistemas sanitarios para llegar a los menores vulnerables. Los factores sociales y culturales que afectan al tratamiento también pueden entrar en juego. Por ejemplo, las minorías étnicas pueden tener un acceso más limitado a los cuidados, o los padres pueden mostrarse menos receptivos a llevar a las niñas al médico. En la mayoría de los casos existe una combinación de factores.

Cualesquiera que sean las causas subyacentes de las diferencias, el Gráfico 3 plantea importantes interrogantes a los responsables políticos en varios países. Angola y Nigeria se destacan como países que no han logrado convertir la creciente riqueza en tasas más bajas de mortalidad por neumonía. Aunque Filipinas e Indonesia tienen bajas tasas de mortalidad, las comparaciones con Bangladés y Tanzania apenas son favorables dada la diferencia de ri-

GRÁFICO 4_ LAS PERSPECTIVAS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL DEPENDEN DE LA RIQUEZA Y LAS CIRCUNSTANCIAS: TASA DE MORTALIDAD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES CON ALTA INCIDENCIA DE NEUMONÍA Y TASA DE MORTALIDAD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS



Datos: EDS o MICS ajustados para el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.

queza (y Filipinas e Indonesia están reduciendo la mortalidad por neumonía más lentamente). Entre los factores que contribuyen a esto podrían figurar las tasas persistentemente altas de retraso en el crecimiento y desnutrición aguda registradas en Filipinas e Indonesia, a pesar de sus mayores ingresos medios, junto con las desigualdades en el sistema de salud. Más de 3 millones de niños y niñas en Indonesia (el 14% del total) sufren emaciación, y una tercera parte sufre retraso en el crecimiento. En Filipinas, el crecimiento económico ha hecho poco para reducir la desnutrición infantil, y las pruebas recientes indican que los niveles de retraso en el crecimiento han aumentado.

Visto desde una perspectiva diferente, algunos países muy pobres con altas tasas de mortalidad se encuentran en el primer lugar de los países que registran progresos, como es el caso de Níger.

UNA CARGA DESIGUAL

La desigualdad está en el corazón de las epidemias de neumonía. La escasez de datos disponibles dificulta el desglose de las características sociales de los menores que mueren a causa de la enfermedad. Sin embargo, la neumonía es una enfermedad típica entre los más pobres, y es un factor que impulsa las disparidades en la supervivencia infantil.

Esas disparidades han permanecido intactas a pesar de los avances en la reducción de la mortalidad infantil. El hecho de haber nacido entre el 20% de población más pobre normalmente multiplica el riesgo de mortalidad antes de los cinco años de edad por un factor de dos a tres. Las disparidades de riqueza se entrecruzan con fuentes más amplias de desigualdad en la supervivencia infantil, y las amplifican, incluyendo el origen étnico, la brecha urbano-rural y los indicadores regionales. En el Gráfico 4 se muestra la escala de las disparidades para un grupo de países con alta carga de neumonía. La neumonía contribuye a la brecha de la supervivencia. Un examen sistémico de las prue-

CUADRO 2_ LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: EL PROGRESO CON EQUIDAD ES FUNDAMENTAL

La presentación de informes sobre los ODS brinda la oportunidad de centrar la atención en la equidad de la supervivencia infantil y de reforzar la vigilancia en áreas como la neumonía. El marco de los ODS hace un compromiso explícito con la equidad, comprometiéndose a no dejar a nadie atrás y “llegar primero al que está más rezagado”. En ningún otro lugar tiene ese compromiso una resonancia tan poderosa como en lo que respecta a la supervivencia infantil. Trabajar para igualar las oportunidades de supervivencia de los menores, independientemente de la riqueza de sus padres, el lugar donde viven, su género o su etnia, es un imperativo para cualquier estrategia basada en los principios básicos de equidad, justicia social y derechos humanos universales. El compromiso de los ODS incluye poner fin a las muertes infantiles evitables antes de 2030. Artificialmente, se identificó como objetivo mínimo una tasa de mortalidad nacional de

25/1.000 nacidos vivos. El éxito en el cumplimiento de la ambición de los ODS depende de que se alcancen los objetivos fijados para cada menor. La aritmética de la equidad simple dicta que los que se inician más lejos de las metas tienen que registrar tasas de mejora más rápidas para llegar al mismo destino en 2030 (ver texto principal). Esto implica una reducción de las tasas de mortalidad de los menores más desfavorecidos mayor que la de los más favorecidos.

Los ODS también incluyen el objetivo 3.8 de “Lograr una cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios sanitarios esenciales de calidad y el acceso a medicamentos esenciales y vacunas seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos”.

bas de 39 países reveló que la baja condición socioeconómica de los menores se asoció con un aumento del 62% en el riesgo de mortalidad por neumonía.

Las disparidades de género también son importantes. Los niños más pequeños son ligeramente más propensos que las niñas a contraer neumonía, posiblemente porque tienen vías respiratorias más pequeñas. Sin embargo, existen pruebas preocupantes de que las niñas con casos graves de neumonía tienen muchas menos probabilidades de recibir atención en Asia meridional, y que, como resultado, son más propensas a morir. Parte de esas pruebas vienen de la India. Utilizando datos representativos a nivel nacional, un estudio reveló que la tasa de mortalidad por neumonía de las niñas era un 43% más alta que la de los niños, lo que ilustra claramente el hecho de que la discriminación de género en la atención sanitaria se cobra vidas.

Los mecanismos de transmisión a través de los cuales la neumonía fomenta las disparidades sociales en la supervivencia infantil varían de un país a otro y dentro de un mismo país. Un

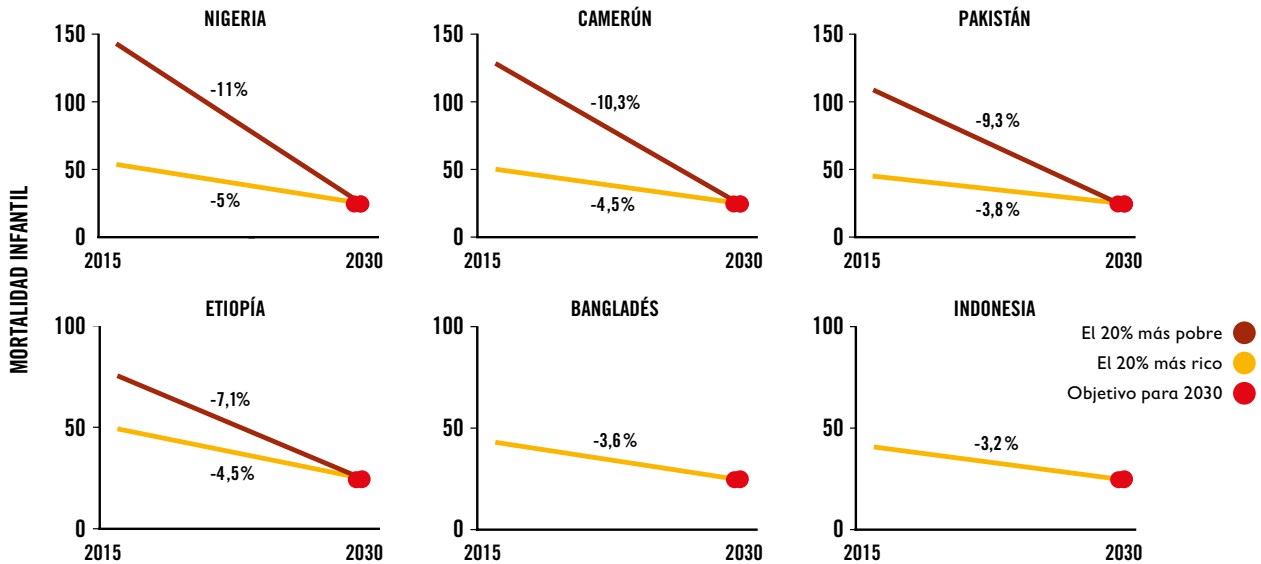
mecanismo importante es la desnutrición. Los niños con retraso en el crecimiento (están por debajo de la estatura apropiada para su edad) o, más especialmente, los que sufren emaciación (están por debajo del peso apropiado para su estatura) son más vulnerables a los brotes de neumonía.

Si bien los riesgos de contraer una neumonía grave son mayores en los niños y niñas más pobres, las perspectivas de recibir atención de calidad son mayores entre los más favorecidos. Como mostramos en el Capítulo 2, las disparidades en la prestación de asistencia sanitaria implican que las personas que se enfrentan a los mayores riesgos son las que tienen menos probabilidades de vacunarse y las que tienen más probabilidades de ser mal diagnosticadas o de ser excluidas del sistema de salud. Por todas estas razones, la neumonía debe ocupar un lugar prominente en los esfuerzos para controlar los avances hacia el compromiso del ODS en 2030 para poner fin a las muertes infantiles evitables (cuadro 2).

Ilustramos este punto en el Gráfico 5, centrándonos en las tasas de supervivencia de los ni-

GRÁFICO 5 LAS TASAS DE MORTALIDAD DE LOS MÁS POBRES DEBEN REDUCIRSE MÁS Y MÁS RÁPIDAMENTE PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: MORTALIDAD INFANTIL PARA RICOS Y POBRES

Mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos entre el 20% más rico y el 20% más pobre en 2015 en determinados países de ingresos bajos y medios, y tasa de progreso necesaria para alcanzar la meta de 25 por cada 1.000 nacimientos en 2030.



Datos: Save the Children, Base de datos sobre desigualdad basada en grupos.

ños de los hogares más ricos y más pobres. En Nigeria, la tasa de mortalidad de los niños y niñas más pobres tiene que bajar al doble de la tasa de mortalidad de los más ricos. Las tasas de supervivencia de los menores de los hogares más ricos de Indonesia ya se encuentran por debajo del umbral de 2030, lo que implica la necesidad de prestar mayor atención a los grupos sociales más desfavorecidos. La riqueza es solo una dimensión de la injusticia. Sin embargo, se entrecruza y magnifica desigualdades más amplias vinculadas a la etnicidad, la brecha rural-urbana y el género.

Supervisar el ritmo de convergencia en las perspectivas de supervivencia es importante para rendir cuentas a los niños y niñas. Pero también puede servir al propósito más amplio de centrar la atención en las inversiones, las políticas y los objetivos necesarios para llegar a quienes han quedado rezagados. Una de las maneras más eficaces de acelerar la convergencia en la supervivencia infantil sería centrar la atención en los riesgos de fondo y los fracasos del sistema de salud que obligan a tantos niños y niñas a correr el riesgo de contraer neumonía. De los datos se despren-

de claramente que una acción eficaz contra la neumonía salvaría vidas y mejoraría la equidad al acelerar la tasa de convergencia en la supervivencia infantil.

PAÍSES RICOS: LECCIONES Y RIESGOS RESIDUALES

Atrás ha quedado la época en la que la neumonía representaba un riesgo epidémico para los niños y niñas de los países ricos; el perfil de riesgo ha cambiado. Hoy en día, muchos niños y niñas de los países ricos contraen neumonía, pero la enfermedad también amenaza a los ancianos.

El panorama descrito por William Osler en 1901 cambió drásticamente a lo largo del siglo XX. Las tasas de mortalidad infantil por neumonía en los Estados Unidos en 1900 eran comparables a las de la República Democrática del Congo en la actualidad. A mediados de los años 30, antes de la introducción de antibióticos o vacunas, habían caído a la mitad. La década posterior a la introducción de los

antibióticos experimentó otro descenso pronunciado: un 63% para los menores de un año. La combinación de la reducción del riesgo de fondo y el desarrollo del sistema de salud fue esencial para impulsar estos avances.

¿Cuáles son las lecciones políticas para los países en desarrollo en la actualidad? La meta convenida internacionalmente para la neumonía es una tasa de mortalidad inferior a 3/1.000 nacidos vivos para 2025 (véase más adelante). Estados Unidos tardó medio siglo en alcanzar ese objetivo, mientras que los países con mayores índices de neumonía tienen menos de una década. La diferencia es que las intervenciones y los recursos necesarios para lograr avances más rápidos están ahora más a mano, y la neumonía se entiende mucho mejor. Con una acción nacional e internacional concertada, todos los países deberían poder alcanzar el objetivo de 2025.

Pero hay otra lección. Tanto en los Estados Unidos como en Europa, a principios del siglo XX, se inició un esfuerzo concertado para reducir las tasas de mortalidad infantil. Catalizado por movimientos sociales y líderes políticos, este impulso creó las condiciones para un gran avance en la neumonía. Uno de los temas centrales de este informe es el fracaso en el siglo XXI de los gobiernos nacionales y la comunidad internacional para respaldar los compromisos mundiales sobre supervivencia infantil y neumonía con las alianzas necesarias para lograr resultados.

La neumonía sigue ocupando un lugar preponderante en la salud de los países ricos. En los Estados Unidos, es la razón más común de hospitalización entre los menores. Sin embargo, las tasas de mortalidad de los menores de cinco años son inferiores a 0,5/1.000 nacidos vivos. Mientras que alrededor de un millón de adultos son hospitalizados por neumonía anualmente en los Estados Unidos, 14 las 50.000 muertes por neumonía que ocurrieron

en 2016 se concentraron principalmente entre adultos mayores de 65 años.

En el Reino Unido, la neumonía sigue siendo una carga importante para el sistema sanitario. Alrededor de 220.000 personas son diagnosticadas con esta enfermedad cada año y se producen 29.000 muertes, una de las tasas de mortalidad más altas de Europa. Las muertes infantiles representan menos del 1% del total.

Tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido existen marcadas disparidades sociales en cuanto a la neumonía. En los Estados Unidos, por ejemplo, las tasas de neumonía son mucho más altas entre la población hispana y afroamericana. Y en ambos países, los grupos con menores ingresos están en mayor riesgo que los grupos de ingresos más altos. En el Reino Unido, las tasas de neumonía son un 45% más altas en el quintil más necesitado que en el quintil más rico, lo que indica la persistencia de la privación social.

AVANCES LENTOS: LOS PROGRESOS ACTUALES DEJARÁN AL MUNDO MUY LEJOS DE LOS OBJETIVOS ODS DE 2030

En los últimos 15 años se han registrado notables avances en supervivencia infantil. La disminución de las tasas de mortalidad infantil ha salvado la vida de 48 millones de niños y niñas, un logro extraordinario. La neumonía ha sido parte del progreso. En el año 2000 hubo 1,7 millones de muertes infantiles a causa de la enfermedad. Esa cifra se ha reducido casi a la mitad. La mala noticia es que las muertes por neumonía están cayendo a un ritmo demasiado lento. De no cambiar la trayectoria actual, el mundo se quedará muy lejos de alcanzar los objetivos de supervivencia infantil fijados para 2030.

Los avances en la reducción de las muertes por neumonía han sido parciales y desiguales. Las tasas de mortalidad están disminuyendo a un ritmo más lento que las de otras enfermedades mortales, como el paludismo, el sarampión y el VIH (Gráfico 6). La complejidad asociada con la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad puede ser parte de la explicación. Pero la tendencia actual de la neumonía es también un síntoma de la debilidad de las asociaciones nacionales e internacionales. A diferencia de muchas de las otras causas de mortalidad, la neumonía ha carecido de personas que defiendan su importancia y activistas efectivos: un tema al que volvemos en el Capítulo 4.

Los promedios mundiales ocultan inevitablemente las diferencias dentro y entre regiones. Asia meridional y oriental han registrado notables aumentos (Gráfico 7). Mientras tanto, los progresos en el África subsahariana han sido mucho más lentos, sobre todo en África Occidental y África central, donde las muertes por neumonía se han reducido en un 12% desde 2000. La demografía se suma a la urgencia de acelerar el progreso. El ritmo lento de la transición demográfica de África y las elevadas tasas de fecundidad relacionadas representan la mayor parte del aumento de la población de menores de cinco años en el mundo hasta 2030. Una consecuencia es que 1.130 millones de niños y niñas nacerán en los 30 países donde corren el mayor riesgo de morir de neumonía entre 2016 y 2030.

Los comportamientos pasados no dictan resultados futuros. Una de las lecciones aprendidas en los últimos 15 años es que es posible lograr avances importantes en la supervivencia infantil. Sin embargo, las tendencias del pasado sí ilustran un posible futuro si los países mantienen el rumbo actual. En el caso de la neumonía, se puede llegar a una conclusión sencilla y segura: si los próximos 15 años se parecen a los últimos 15, el mundo estará muy lejos de

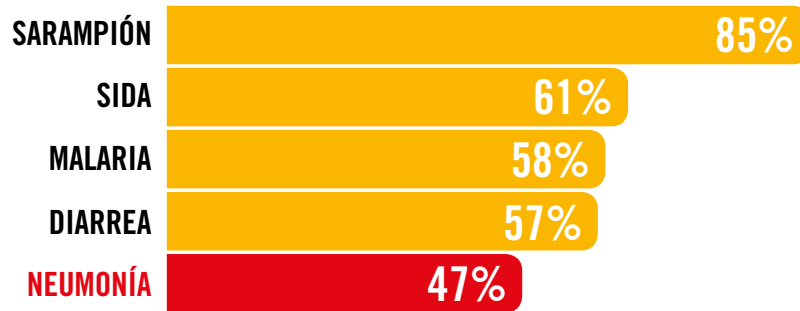
alcanzar los objetivos de supervivencia infantil adoptados por la comunidad internacional.

Según las tendencias actuales, el mundo no alcanzará la meta del GAPPD de tres muertes por cada 1.000 nacimientos vivos para 2025. Solo tres de los 30 países que figuran en nuestra lista (Bangladés, Indonesia y Tanzania) muestran síntomas de poder alcanzar la meta del GAPPD. Ninguno de los diez países principales (que en 2015 causaron más de 550.000 muertes por neumonía) se encuentra en este grupo. La India está a cinco años de distancia. Por si fuera poco, ocho países se encuentran en una tendencia con la que alcanzarán la meta de 3/1.000 a partir de 2075. En este grupo se incluyen Nigeria y la República Democrática del Congo. Con todas sus limitaciones, la proyección apunta a fracasos políticos en una escala épica.

Las nuevas investigaciones llevadas a cabo para este informe en la Universidad Johns Hopkins ofrecen una perspectiva preocupante sobre la brecha entre las trayectorias actuales y la ambición internacional. La investigación utiliza un modelo: la herramienta Lives Saved Tool (LiST), diseñada para calcular las vidas salvadas de las intervenciones de salud materno-infantil. En lugar de proporcionar una simple proyección lineal, se pregunta cómo será el perfil de las muertes por neumonía infantil en 2030 si los gobiernos amplían al mismo ritmo las medidas que han estado poniendo en marcha en los últimos 15 años. Los resultados esperados (Gráfico 8) sugieren:

- 735.000 muertes relacionadas con la neumonía en 2030.
- una tasa de mortalidad específica por neumonía de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, casi tres veces el nivel marcado en GAPPD.

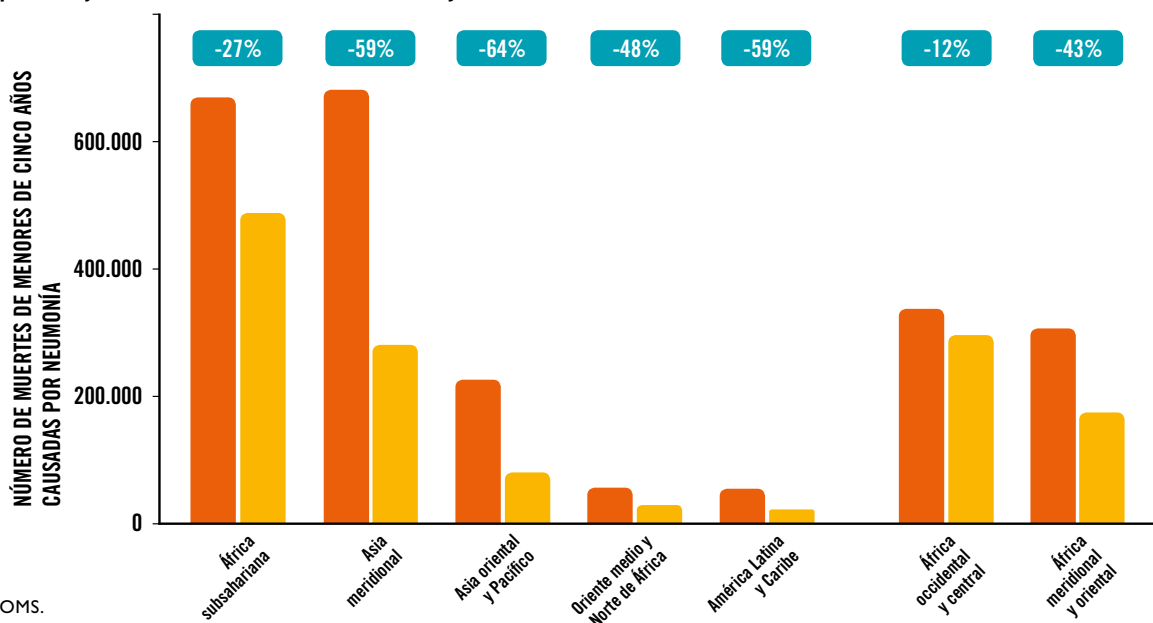
GRÁFICO 6_ LAS MUERTES POR NEUMONÍA DISMINUYEN MÁS LENTAMENTE QUE EN EL CASO DE OTRAS GRANDES ENFERMEDADES: MUERTES DE MENORES DE CINCO AÑOS CAUSADAS POR LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS, 2000 Y 2015 (EN MILLONES)



Fuente: Unicef, 2016, One is Too Many: Ending child deaths from pneumonia and diarrhoea.

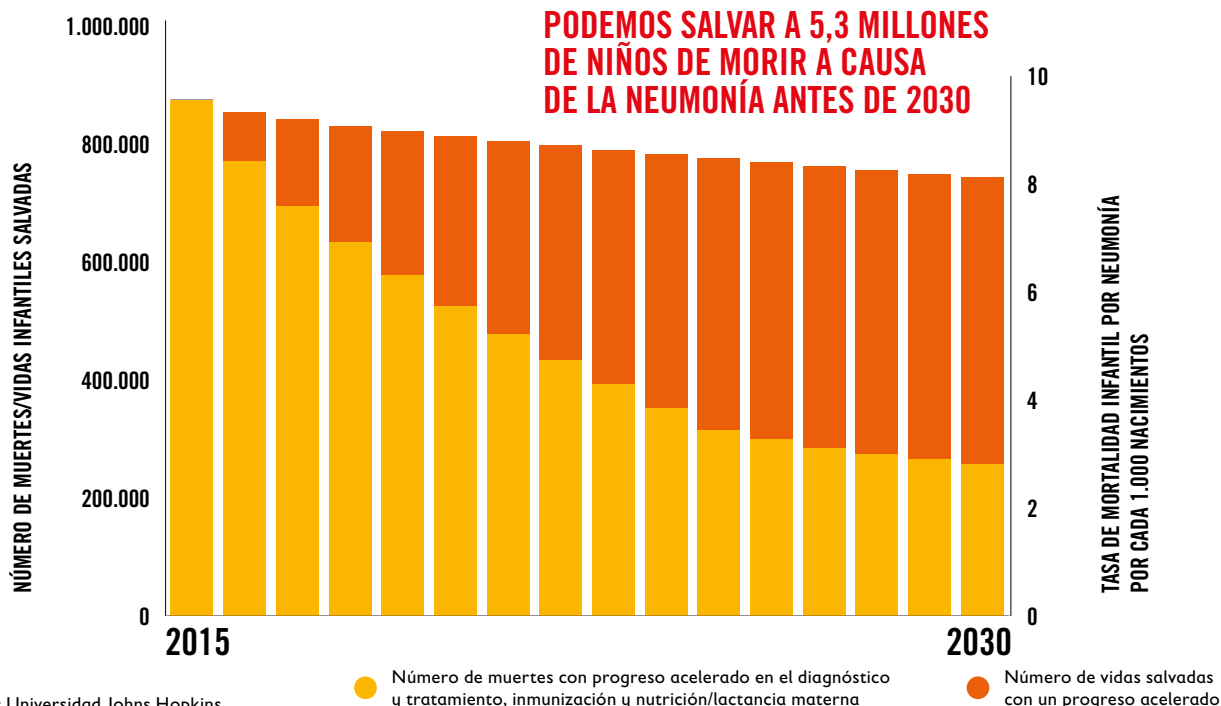
GRÁFICO 7_ LAS TASAS DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA ESTÁN DISMINUYENDO DE MANERA DESIGUAL Y LENTA EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA: NÚMERO DE MUERTES DE MENORES DE CINCO AÑOS A CAUSA DE INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS, 2000 Y 2015, POR REGIONES

El porcentaje muestra la disminución entre 2000 y 2015.



Datos: OMS.

GRÁFICO 8 REDUCIR LA CURVA DE LA NEUMONÍA: TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA DE 2015 A 2030



Pero existen otros futuros posibles. Utilizando el mismo modelo LiST, el grupo de investigación de la Johns Hopkins examinó un escenario “objetivo 2030” en el que la tasa de mortalidad por neumonía cae por debajo de los 3/1.000 nacidos vivos. Entre las condiciones para el escenario que se pretende alcanzar figuran la cobertura sanitaria universal para el tratamiento de la neumonía, la ampliación del acceso a la inmunización, una reducción del 40% del número de niños con retraso en el crecimiento y una cobertura exclusiva de lactancia materna del 50% en los primeros seis meses.

Como se muestra en el Gráfico 8, este escenario dobla drásticamente la curva para las muertes por neumonía. La brecha entre las tendencias históricas y los resultados alcanzables representa un ahorro acumulativo de 5,2 millones de vidas, con medio millón menos de muertes en 2030. Se salvarían casi un millón de vidas en los próximos cinco años.

¿Qué se necesitaría para financiar las inversiones necesarias para doblar la curva de acuerdo con el escenario “objetivo 2030”? El desglose completo de los costes requeriría un análisis

ascendente por países, con intervenciones para la neumonía identificadas en estrategias nacionales de salud más amplias.

A título indicativo, desarrollamos una aproximación general que se basa en un modelo utilizado para evaluar los costes de una serie de intervenciones de neumonía y diarrea. El modelo utilizó LiST para identificar las intervenciones necesarias para reducir las muertes por neumonía en un 67% antes de 2025, incluyendo medicamentos y otros suministros, trabajadores sanitarios y una serie de costes indirectos. Ajustando la inflación y actualizándola para cubrir el período 2015-25, estimamos que las intervenciones ampliadas requerirían un aumento medio del gasto anual de alrededor de 4.500 millones de dólares.

En un aspecto crucial, nuestro ejercicio de modelización subestima los beneficios potenciales de la acción contra la neumonía. Esto se debe a que la enfermedad no puede tratarse de forma aislada. Muchas de las intervenciones preventivas y terapéuticas necesarias para doblar la curva de la neumonía generarían avances en otras áreas, especialmente en la diarrea.

De hecho, establecer una infraestructura sanitaria necesaria para diagnosticar y tratar la neumonía proporcionaría una plataforma para realizar intervenciones con el potencial de prevenir el 95% de las 525.000 muertes por diarrea ocurridas en 2015, y la interacción funciona en ambas direcciones. Los niños y niñas con diarrea son mucho más propensos a morir si tienen neumonía simultáneamente.

Uno de los mensajes centrales de este informe es el éxito en la lucha contra la neumonía, que depende fundamentalmente del desarrollo

general de los sistemas de salud. Si bien las intervenciones específicas para la neumonía son fundamentales, el impacto de las mismas dependerá de la capacidad y el alcance del sistema sanitario subyacente, incluida la presencia de trabajadores sanitarios capacitados en la comunidad, la disponibilidad de medicamentos esenciales y herramientas de diagnóstico, la solidez de los sistemas de remisión y (críticamente) la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención sanitaria. La equidad es el centro de todas estas áreas.



Amoni, de nueve meses de edad, aquí con su madre, Elizabeth, fue tratada de neumonía en un centro sanitario de Kenia. Una trabajadora de salud comunitaria formada por Save the Children la derivó al tratamiento.

2 ¿Por qué mueren de neumonía los niños?

PUNTOS CLAVE

- *La desnutrición grave multiplica el riesgo de muerte por neumonía por un factor de cuatro en comparación con los niños con una nutrición adecuada. Los 52 millones de niños y niñas del mundo que se encuentran en estado de emaciación (por debajo del peso adecuado para su estatura) se enfrentan a graves riesgos.*
- *Las vacunas neumocócicas (PCV) podrían prevenir la abrumadora mayoría de los casos de neumonía bacteriana, pero hay 170 millones de niños en los países en desarrollo que no están inmunizados.*
- *Las infraestructuras sanitarias deficientes y, especialmente en los países de ingresos medianos, los altos costes de las PCV pueden limitar la cobertura, con la consecuente pérdida de vidas.*
- *Un tercio de los niños con síntomas similares a los de la neumonía no buscan atención adecuada.*
- *El tratamiento con antibióticos podría prevenir el 70% de las muertes por neumonía a un coste promedio de solo 40 centavos de dólar, pero el tratamiento con antibióticos con frecuencia no está disponible o no se proporciona.*
- *Los fallos en diagnósticos y tratamientos están muy extendidos, y la detección tardía de la hipoxemia (la causa de 1,9 millones de ingresos hospitalarios infantiles anuales) es motivo de gran preocupación.*
- *Los riesgos de la neumonía son mayores en los niños y niñas más pobres, pero el tratamiento es mayor en aquellos con más recursos.*

Los microorganismos que causan la neumonía son peligrosos para todos los niños. Lo que los hace letales es una combinación de un riesgo de fondo y la incapacidad de los sistemas de salud para prevenir o detectar, diagnosticar y tratar los casos de neumonía.

RIESGOS DE FONDO: DESNUTRICIÓN, LACTANCIA MATERNA INSUFICIENTE Y CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA DOMÉSTICA

Algunos de los escudos más eficaces contra la neumonía se encuentran fuera de los sistemas de salud. Una buena nutrición en el útero y durante los primeros días después del nacimiento

reduce en gran medida el riesgo de neumonía grave. La lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses tiene el poder de una vacuna, y la lactancia materna continuada con la introducción gradual de alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más tarde es otro reductor de riesgos. Garantizar que los pulmones de los niños no estén expuestos a la contaminación atmosférica y los microbios potencialmente peligrosos del agua insalubre son también fuentes potentes de protección.

La desnutrición está asociada con casi la mitad de las muertes por neumonía. ¿Por qué la desnutrición aumenta el riesgo de mortalidad? La incapacidad de los menores débiles y desnutridos para expulsar las secreciones bacterianas infecciosas transportadas por las mucosidades a los pulmones es un factor importante. Las

carencias de micronutrientes (especialmente el cinc y la vitamina D) también se suman a los riesgos, al igual que el debilitamiento general del sistema inmunológico del cuerpo que comporta la desnutrición, creando un entorno propicio para la propagación de la neumonía. La desnutrición a menudo comienza en el período prenatal con la desnutrición de las madres, marcando el inicio de un círculo vicioso de bajo peso al nacer, mayor riesgo de infección y desnutrición. Hasta el 3% de los lactantes con muy bajo peso al nacer padecen neumonía.

Los niños y niñas que sufren desnutrición se enfrentan a riesgos de neumonía muy elevados, incluso aunque reciban tratamiento. En Kenia, los niños que fueron dados de alta en los hospitales después de haber recibido tratamiento tenían un riesgo de muerte ocho veces mayor en el año siguiente que sus compañeros de la comunidad, y la desnutrición era el principal factor de riesgo. Esta prueba apunta hacia un daño duradero a largo plazo que hace que los menores sean más susceptibles a las infecciones por neumonía. La trágica historia de Umi, una joven keniana a la que se dedica este informe, ilustra este punto. Se recuperó de desnutrición grave solo para perder la vida después de un brote de neumonía y diarrea (ver dedicatoria, en el interior de la portada).

La magnitud de la desnutrición mundial y su lento ritmo de disminución son el núcleo de la epidemia de neumonía. En 2016, en todo el mundo, 52 millones de niños y niñas de cinco años se encontraban en estado de emaciación (por debajo del peso adecuado para su edad), y 17 millones tenían emaciación grave. En Asia

meridional, lugar de origen de la mitad de los niños y niñas del mundo en estado de emaciación, el 16% de ellos se encuentran en ese estado. Si bien los datos de emaciación no permiten realizar un seguimiento a lo largo del tiempo, hay otros datos que arrojan una imagen preocupante. En 2016, se calculaba que en

el mundo había unos 155 millones de niños con retraso en el crecimiento, lo que significa que eran su estatura era demasiado baja para su edad. Si bien los niveles de retraso en el crecimiento están disminuyendo, esta disminución es muy lenta, de solo un 1,5% anual, la mitad de lo necesario para lograr la reducción del 40% del retraso en el crecimiento prevista en los Objetivos de Desarrollo Sostenible antes de 2025.

La desnutrición aguda grave a los niveles que se observan con frecuencia en las emergencias humanitarias amplifica considerablemente los riesgos de neumonía. Según una estimación, aumenta la tasa de mortalidad por un episodio de neumonía en un factor de 15. La combinación de las sequías y los conflictos provocados por las prolongadas crisis alimentarias en el África subsahariana crea un terreno fértil para la neumonía, tal y como queda patente en los niños y niñas de Somalia (cuadro 3).

La documentación sobre el tratamiento en las clínicas sanitarias móviles y otros establecimientos que prestan apoyo a las comunidades afectadas por la sequía indica una alta incidencia de infecciones respiratorias agudas. En Sudán del Sur, las instalaciones sanitarias y los distribuidores comunitarios que reciben apoyo de Save the Children están luchando por hacer frente a un aumento de la neumonía relacionado con la sequía en zonas caracterizadas por tasas ya elevadas de infección respiratoria aguda (cuadro 12: en primera línea de la lucha contra la neumonía, página 70).

La lactancia materna insuficiente (una causa clave de la desnutrición infantil) aumenta los riesgos de neumonía. O para enmarcar esto de manera positiva, los niños que son amamantados adecuadamente son menos propensos a sufrir neumonía grave o mortal. En parte, eso se debe a que la leche materna es el superalimento original. El calostro producido en las primeras horas y días de la vida de un bebé es

CUADRO 3_ VIDA Y MUERTE EN SOMALIA: LAS HISTORIAS DE HAMDI Y ABDURAHMAN

En 2016, tras una serie de lluvias escasas, Somalia sufrió la peor sequía que se recuerda. Como resultado, más de 6 millones de personas cayeron en un estado de inseguridad alimentaria. Según una estimación conservadora, 275.000 niños y niñas se enfrentaron a una grave desnutrición aguda potencialmente mortal a mediados de 2017.

Lo que estas cifras no reflejan es el sufrimiento humano derivado del hambre y el aumento del riesgo de neumonía. Hamdi nació en el epicentro de la sequía. En marzo de 2017, cuando tenía seis meses de edad, fue ingresada en la clínica de estabilización nutricional de Save the Children en Garowe, capital de Puntlandia. Pesaba 3,60 kg: el peso promedio de un bebé recién nacido en el Reino Unido. Su madre, Fatima, la había llevado en brazos durante tres días para llegar a la clínica. Incapaz de amamantar, y demasiado débil para tomar leche de un biberón, Hamdi recibió nutrición a través de una sonda nasal. Aparte de la diarrea, también contrajo neumonía porque su sistema inmunológico se colapsó y la trataron con antibióticos intravenosos.

Pero tras haber padecido desnutrición durante toda su vida, el frágil cuerpo de Hamdi no pudo superar la enfermedad. Murió víctima de un letal cóctel de enfermedades, incluida la neumonía.

No todas las historias terminan en tragedia. Save the Children gestiona clínicas móviles de salud y nutrición financiadas por el Reino Unido y otros donantes en el distrito de Saal. En un centro situado en una ciudad llamada Shada, un joven llamado Abdurahman, de dos años de edad, llegó en estado crítico, con bronquitis, neumonía y desnutrición. Recibió tratamiento con antibióticos y terapia de rehidratación oral. Se consiguió mitigar la bronquitis, pero la neumonía requirió tratamiento con antibióticos de segunda línea. Abdurahman se recuperó y pudo regresar a casa.

La sequía somalí demuestra la relación mortal entre la neumonía y la desnutrición aguda. También ilustra, como en el caso de Abdurahman, el potencial que tiene recibir ayuda adecuada para salvar vidas. Lamentablemente, la ayuda humanitaria suele llegar demasiado tarde y en cantidades insuficientes (véase el Capítulo 4).

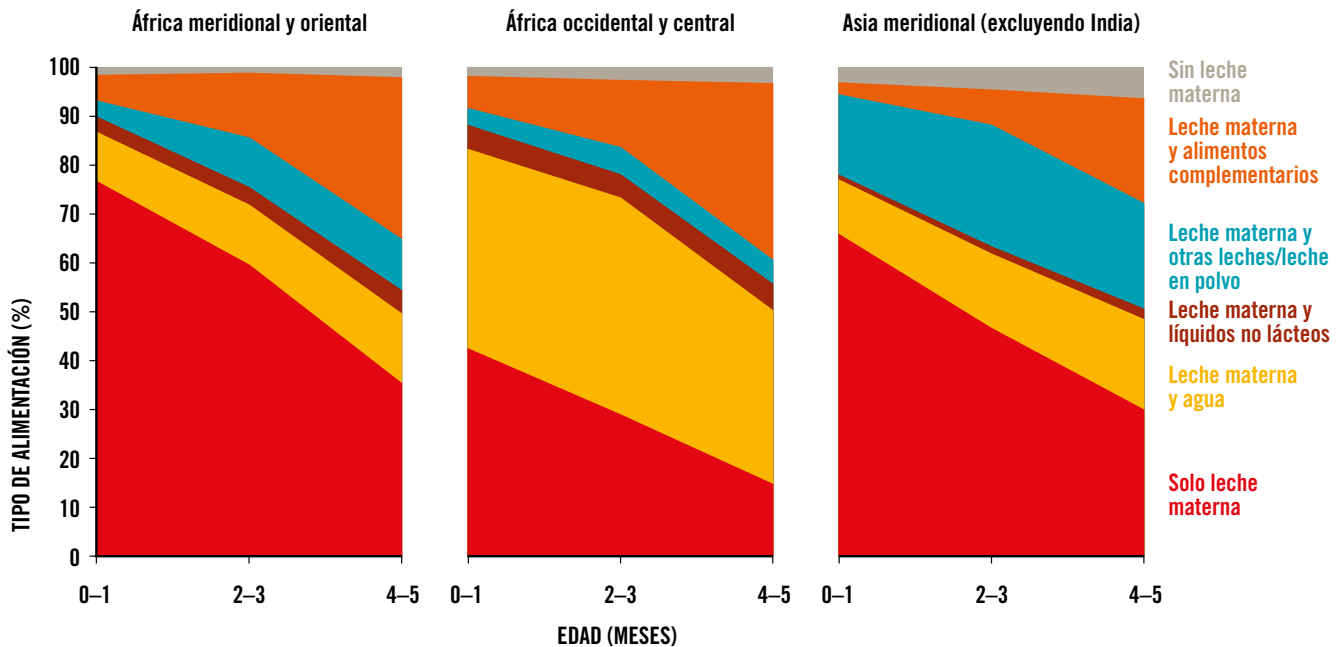
rico en anticuerpos y es el sustento más potente del sistema inmunológico conocido por la ciencia. Confiere protección contra las bacterias neumocócicas potencialmente dañinas y refuerza las defensas naturales del niño. Un estudio reciente de los datos existentes estima que la lactancia materna podría prevenir alrededor de un tercio de las infecciones respiratorias y más de la mitad de los ingresos hospitalarios asociados a esas infecciones.

La lactancia materna también se asocia con un menor riesgo de desnutrición y diarrea, ambos factores de riesgo para la neumonía. La investigación publicada en *The Lancet* estima que la lactancia materna subóptima contribuye a unas 823.000 muertes evitables en niños y niñas menores de cinco años. La neumonía es un factor primario o secundario en muchas de estas muertes.

Desafortunadamente, las tasas de lactancia materna no son óptimas en todas las regiones donde los menores corren mayor riesgo de contraer neumonía. Solo cerca de la mitad de los menores comienzan a amamantarse en la primera hora crítica. Además, mientras que más del 80% de los recién nacidos reciben leche materna, las tasas de lactancia materna exclusiva en el grupo de 0 a 6 meses de edad disminuyen rápidamente. Más de

la mitad de los niños y niñas en los países con ingresos bajos no se alimentan exclusivamente con leche materna durante sus seis primeros meses de vida. En los países de ingresos medios-bajos, solo alrededor de un tercio de los niños son alimentados exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses, y las tasas de cobertura son aún más bajas en los países de ingresos medios-altos. No existen pruebas de que estos patrones vayan a cambiar para mejor.

GRÁFICO 9 LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA DISMINUYEN RÁPIDAMENTE EN LAS REGIONES MÁS CASTIGADAS POR LA NEUMONÍA: LA LACTANCIA MATERNA DE LOS MENORES DE 0 A 5 MESES DE EDAD POR TIPO DE ALIMENTACIÓN Y REGIÓN



Los patrones de transición de la lactancia materna exclusiva varían. En África central y occidental, se observa una tendencia marcada hacia el agua en la alimentación infantil después de 2-3 meses, mientras que en Asia meridional los alimentos complementarios desempeñan un papel más importante (Gráfico 9).

La contaminación del aire es un factor de riesgo importante para la neumonía. Los pequeños respiran el doble de rápido que los adultos, por lo que toman más aire en relación con su peso corporal.

Sus vías respiratorias son más permeables, y por lo tanto más vulnerables, y sus sistemas inmunológicos son más débiles. Los contaminantes atmosféricos ultrafinos causados por el humo o los vapores pueden entrar más fácilmente en los pulmones de los menores y causar enfermedades potencialmente mortales. Se calcula que unos 300 millones de niños y niñas viven en zonas donde la contaminación es seis veces superior o más a los niveles de las directrices internacionales de la OMS, mientras que 2.000 millones viven en zonas que superan los límites de las partículas ultrafinas.

Las fuentes de contaminación varían de un país a otro y dentro de un mismo país. La contaminación del aire exterior asociada con las emisiones de las fábricas, la quema de basura y carbón, y el tráfico son una preocupación creciente. Los niños que viven en extrarradios urbanos a menudo se enfrentan a niveles altos de exposición a estas fuentes de contaminación. La contaminación del aire en interiores es una de las principales fuentes de infección respiratoria en muchos países con alta incidencia de neumonía, donde la quema de biomasa para cocinar, calentar e iluminar es una fuente común de energía. Según la Agencia Internacional de la Energía, más del 80% de los hogares del África subsahariana y el 63% en la India utilizan fuentes de energía de biomasa, que van desde el carbón vegetal hasta la madera, la paja y el estiércol animal.

INMUNIZACIÓN CONTRA LA NEUMONÍA: UN LARGO CAMINO POR RECORRER

El viejo refrán de que más vale prevenir que curar tiene una importancia especial para la neumonía, especialmente en entornos de bajos recursos. La transición de los síntomas iniciales a una infección grave y mortal puede ser muy rápida, especialmente para los menores desnutridos y con acceso limitado a la atención médica. Debido a que el tratamiento más efectivo para la neumonía viene en forma de antibióticos y el diagnóstico es difícil, una prescripción incorrecta puede contribuir a la resistencia a los antimicrobianos. Además, la neumonía supone una enorme carga para los sistemas sanitarios a todos los niveles, desde las instalaciones sanitarias comunitarias y primarias hasta los hospitales de referencia.

Por todas estas razones, prevenir la neumonía a través de la inmunización, prevenir la resistencia microbiana y reducir la presión sobre el sistema de salud también es una inversión inteligente. Para los países de ingresos bajos y los países de ingresos medios-bajos que reciben apoyo de Gavi (véase la página 78), se calcula que el beneficio potencial de la cobertura universal, medido en términos de ahorros en tratamiento, salarios perdidos de los cuidadores y una mengua en la productividad, ronda los 9.500 millones de dólares al año durante el período 2011-20, lo que representa un retorno de la inversión de casi 44:1.

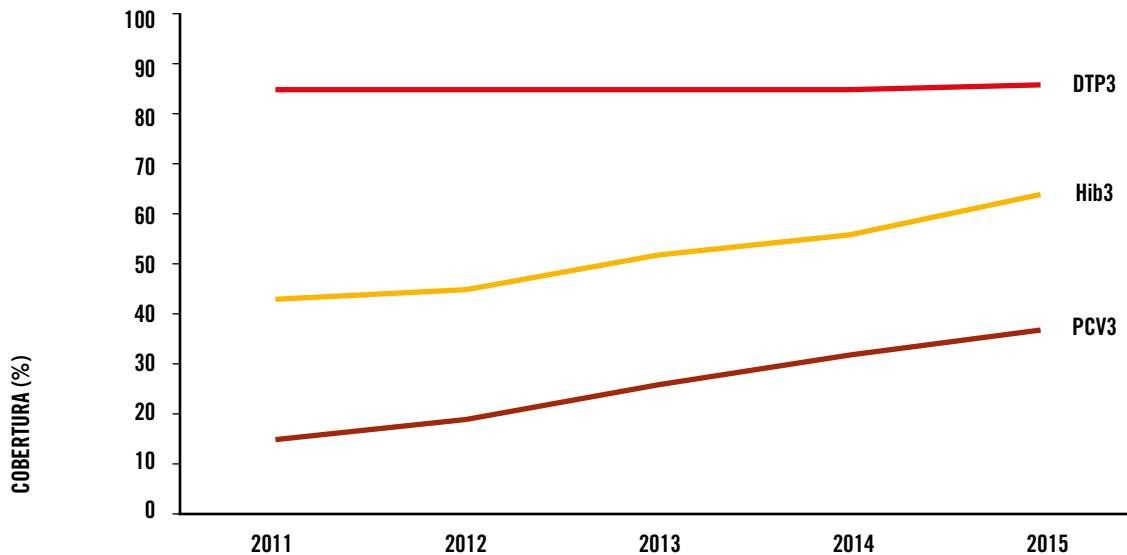
Pero el verdadero fin de la vacunación es de salvar vidas jóvenes. La inmunización ha sido uno de los motores más poderosos para reducir la mortalidad infantil. La ampliación de la cobertura ha provocado una fuerte reducción de enfermedades mortales como el sarampión y el tétanos neonatal.

En el caso de la neumonía, la vacunación universal no pondría fin a las muertes. En la actualidad, no hay vacunas contra el VSR (véase el cuadro 1, página 25) y las vacunas existentes no cubren todas las cepas bacterianas. Sin embargo, las vacunas neumocócicas conjugadas (PCV) y las vacunas disponibles contra el Hib, si se aplican universalmente, probablemente podrían prevenir más de la mitad de todas las muertes por neumonía en niños y niñas (alrededor de 450.000 vidas salvadas a los niveles actuales de mortalidad).

Las PCV se utilizan actualmente en todo el mundo desarrollado. La inmunización requiere actualmente tres dosis, que se administran normalmente a las ocho semanas, 16 semanas y alrededor de un año. Este calendario se presta a la integración de las PCV en el ciclo de administración para la inmunización rutinaria. Los ensayos realizados en países desarrollados han demostrado que las PCV son muy eficaces para proporcionar protección contra los serotipos más comunes. En una publicación reciente del International Vaccine Access Centre de la John Hopkins School of Public Health, se demostró que las vacunas PCV actuales crean beneficios más amplios asociados a la protección de los rebaños, ya que las poblaciones no vacunadas están menos expuestas a la infección. Los ensayos realizados en los Estados Unidos sugieren que los efectos indirectos del PCV han evitado entre dos y tres veces más casos de enfermedad neumocócica que los efectos directos.

Las pruebas de los países en desarrollo son igualmente alentadoras. Los ensayos en Gambia encontraron que la inmunización con PCV redujo la incidencia de la neumonía neumocócica en menores de 2 a 11 meses en un 58% y la mortalidad por todas las causas en un 16%. La reducción de la neumonía neumocócica en niños de 1 a 2 años fue del 75% y las pruebas de eficacia en Sudáfrica revelaron una reducción de un tercio en los niños hospitalizados.

GRÁFICO 10_ LA INMUNIZACIÓN CONTRA LA NEUMONÍA SE ESTÁ RETRASANDO: COBERTURA MUNDIAL DE INMUNIZACIÓN PARA DTP3, HIB3 Y PCV3



Fuente: OMS/Unicef Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, datos, 2015.

Sin embargo, el poder de la inmunización para proteger a los menores contra la neumonía solo se ha logrado parcialmente. Hace ya diez años que la OMS recomendó introducir vacunas neumocócicas en todos los programas nacionales de inmunización, especialmente en los países con alta mortalidad por neumonía. Las PCV han estado disponibles en los países en desarrollo de bajos ingresos desde 2009 y las vacunas contra el Hib desde 2000 a través de la Alianza Gavi. La cobertura se ha ido expandiendo y salvando vidas. Sin embargo, la provisión es limitada y desigual.

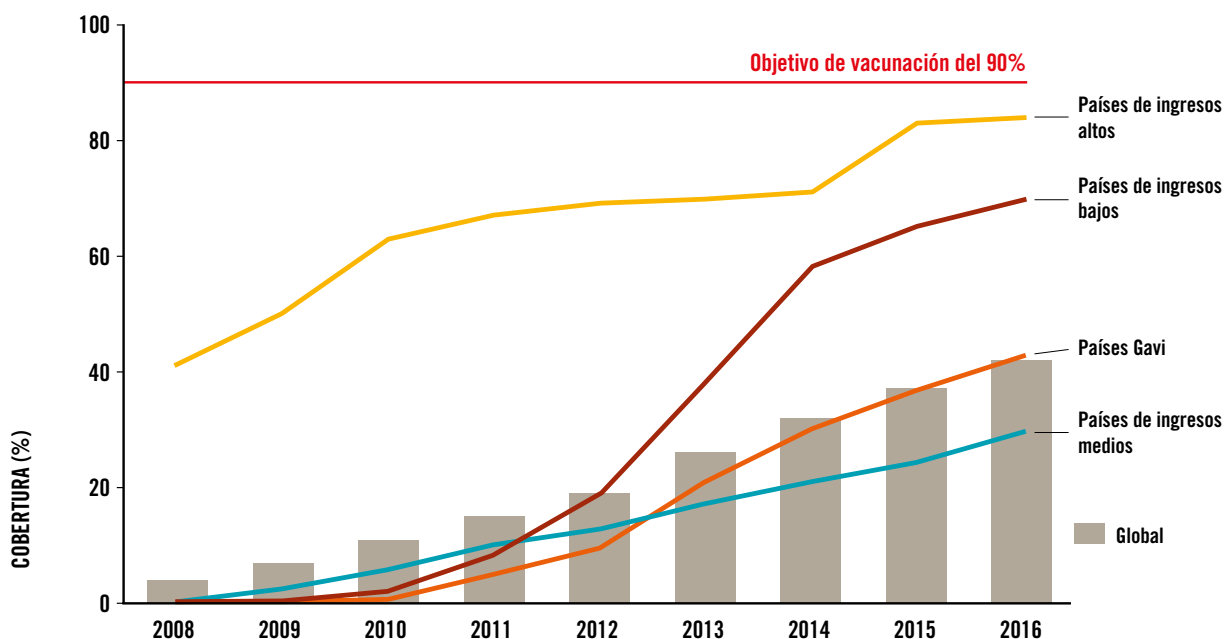
Los contrastes entre las tasas de vacunación contra la neumonía y otras enfermedades son sorprendentes. Hoy en día, el 86% de los niños están vacunados contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP). Por el contrario, la cobertura es solo del 64% para la vacuna contra el Hib y del 37% para el PCV (Gráfico 10).

Existe una marcada variación en las tasas de cobertura entre los distintos grupos de países. La cobertura del PCV es, a primera vista, sorprendentemente más alta en los países de ingresos bajos que en los de ingresos medios

(Gráfico 11). Esto es testimonio del éxito de la Alianza Gavi en el apoyo a la introducción de las vacunas en los países más pobres y la colaboración de los fabricantes de PCV. Un ejemplo llamativo es el de Etiopía, que introdujo las PCV en su programa nacional de inmunización en 2011 y ha pasado a alcanzar una cobertura del 76%. De los 73 países aptos para recibir financiación de la Alianza Gavi, 59 la han solicitado y la han recibido. La cobertura en los países Gavi ha alcanzado ya el 41%. En cambio, la cobertura en los países de ingresos medios es inferior al 30%.

El perfil de cobertura de la vacuna tiene algunas repercusiones importantes para las estrategias nacionales y mundiales contra la neumonía. Se calcula que el número de menores no vacunados de 0 a 2 años de edad en los países en desarrollo asciende a unos 170 millones. La mayoría de estos niños y niñas (poco más de 100 millones) viven en los países de ingresos medios-bajos, siendo India el país más representativo. Alrededor de 13 millones viven en países de bajos ingresos (Tabla 2).

GRÁFICO 11 LA TASA DE COBERTURA MEDIA CON PCV QUE FALTA ES MÁS ALTA EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y ALTOS: TASAS DE COBERTURA ANUAL DE PCV POR GRUPO DE INGRESOS POR PAÍS



Fuente: OMS.

En la Tabla 3 se presenta una imagen de la distribución regional de los niños no vacunados. Los datos subrayan el hecho de que el reto de la vacuna se extiende mucho más allá de los países más pobres del mundo en el África subsahariana. Sin embargo, el reto al que se enfrentan las autoridades sanitarias de esa región no debe subestimarse, sobre todo teniendo en cuenta la demografía que hay por detrás. La cohorte de 0 a 2 años de edad en el África subsahariana está creciendo rápidamente, mientras que en otras regiones en desarrollo es estática. En el período comprendido entre 2015 y 2025, el número de menores de dos años en la región aumentará en más de 11 millones, es decir, alrededor del 15%, lo que supondrá nuevas e importantes demandas para los sistemas de salud.

A pesar de los grandes progresos realizados en los países de Gavi hacia la plena cobertura, los avances más rápidos se han visto frenados por las deficiencias del sistema sanitario, que también ha visto cómo se estancaba la cobertura contra DTP3. Los países sistemáticamente no invierten lo suficiente en la infraestructura sanitaria necesaria para una inmunización

universal. Esto, unido al retraso en la ejecución de los programas en algunos países grandes (incluido Bangladés), ha dado lugar a una brecha entre los calendarios de cobertura y los resultados previstos en Gavi. Los esfuerzos para acelerar el progreso se centrarán fundamentalmente en crear una infraestructura de vacunas apoyada por trabajadores sanitarios capacitados, sistemas de adquisición y un sistema de cadena de frío para el almacenamiento y distribución de vacunas.

Puede que disponer de aplicaciones haya alimentado la divergencia entre Hib y la disposición de PCV. La vacuna Hib se ha integrado en los programas establecidos de DTP3 mediante su inclusión en la vacuna Pentavalente (que cubre DTP, Hepatitis B y Hib). Si bien la vacuna contra el Hib forma parte de la inmunización sistemática en la mayoría de los países, 55 países todavía no han introducido el PCV. Muchos de estos países son de ingresos medios. Los países de ingresos bajos y algunos de ingresos medios-bajos pueden recibir apoyo a través de Gavi, por lo que sus costes los pagan los donantes. Los costes anuales de la compra de estas vacunas (1.000 millones de dólares en

TABLA 2_ NÚMERO DE MENORES DE 0 A 2 AÑOS NO CUBIERTOS POR PCV, SEGÚN LA SITUACIÓN DE INGRESOS DEL PAÍS

Grupo de ingresos	Número de menores no vacunados (0-2 años)
Ingresos altos	3.423.523
Ingresos bajos	13.159.458
Ingresos medio bajos	102.994.970
Ingresos medio altos	50.109.167
Total	169.687.118

La mayoría de los menores no vacunados viven en países de ingresos medios

TABLA 3_ NÚMERO DE MENORES DE 0 A 2 AÑOS NO ATENDIDOS POR PCV, POR REGIÓN

Región	Número de menores no vacunados (0-2 años)
Asia oriental y Pacífico	56.869.893
Europa y Asia central	9.175.261
América Latina y Caribe	3.933.448
Oriente Medio y África del norte	12.922.997
América del Norte	627.171
Asia meridional	59.332.416
África subsahariana	26.825.931
Total	169.687.118

¿Dónde están los menores no vacunados?

2016) representan normalmente alrededor del 40% del presupuesto de adquisición de vacunas de la Alianza Gavi. Los países de ingresos medios se enfrentan a costes mucho más altos (Gráfico 12). Los cargos registrados para un ciclo completo pueden oscilar entre 40 y 53 dólares en los países de ingresos medios-bajos y 43-112 dólares en los países de ingresos medio-altos.

A estas cifras hay que añadir varias advertencias. Las dos compañías productoras de vacunas PCV (GSK y Pfizer) operan complejos esquemas de precios escalonados que buscan generar un margen de ganancias promedio concentrado al cobrar precios más bajos a los países más pobres y precios más altos a los países ricos. También hay cierta confusión a la hora de informar sobre los precios. Puede que las disposiciones de Gavi para las agencias de contratación pública no se extiendan a los

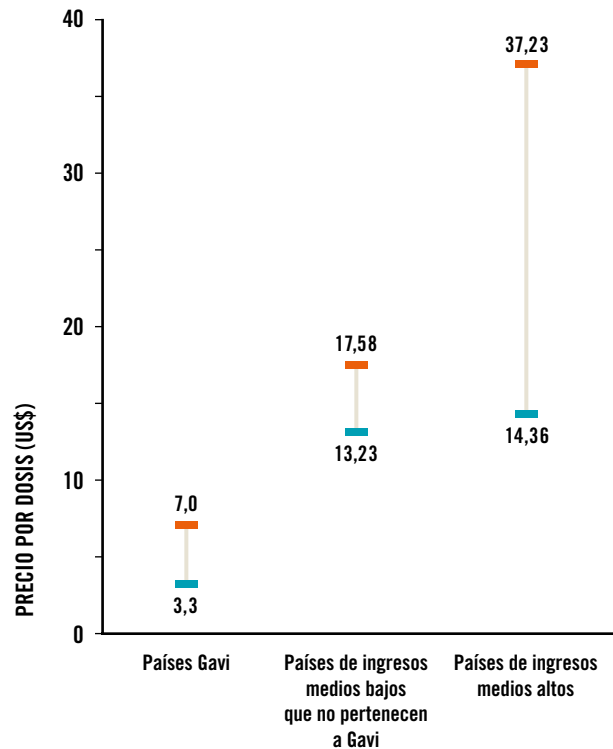
importadores privados, por ejemplo. Lamentablemente, la falta generalizada de transparencia en la información sobre los precios dificulta la realización de comparaciones coherentes entre países.

El volumen de vacunas suministradas por Gavi depende al menos en parte del precio. Dado que otras cosas son iguales, la reducción de los precios significa que se pueden suministrar más ayudas con las mismas cantidades. En el caso de los países que no pertenecen a Gavi y tienen sistemas de salud con escasos recursos, los planificadores de salud tendrán inevitablemente en cuenta la fijación de precios de las vacunas y los posibles beneficios para la salud.

Del mismo modo, es evidente que el precio no es el único factor en juego. La cobertura de las vacunas es muy desigual dentro de los países, así como entre ellos. Mientras que los riesgos

GRÁFICO 12_ MUCHOS PAÍSES DE INGRESOS MEDIOS TODAVÍA NO HAN INTRODUCIDO EL PCV: PRECIO DE DOSIS DE PCV PARA LOS PAÍSES ELEGIBLES PARA GAVI Y GRUPOS DE INGRESOS DE LOS PAÍSES*

Precio máximo ●
Precio mínimo ●



* Los precios pueden incluir precios tanto privados como públicos.

Fuente: Informe sobre los precios de la OMS: Producto, precio y adquisición de vacunas.

de la neumonía son mayores para los niños y niñas más pobres, los beneficios de la inmunización son mayores para los grupos más ricos. Faltan datos desagregados de riqueza sobre la vacunación de la PCV en la mayoría de los países. Sin embargo, es probable que refleje el tipo de desigualdades en la inmunización que se reflejan en el Gráfico 13. Un menor de un hogar rico en Nigeria tiene 15 veces más probabilidades de ser vacunado que un niño de un hogar pobre.

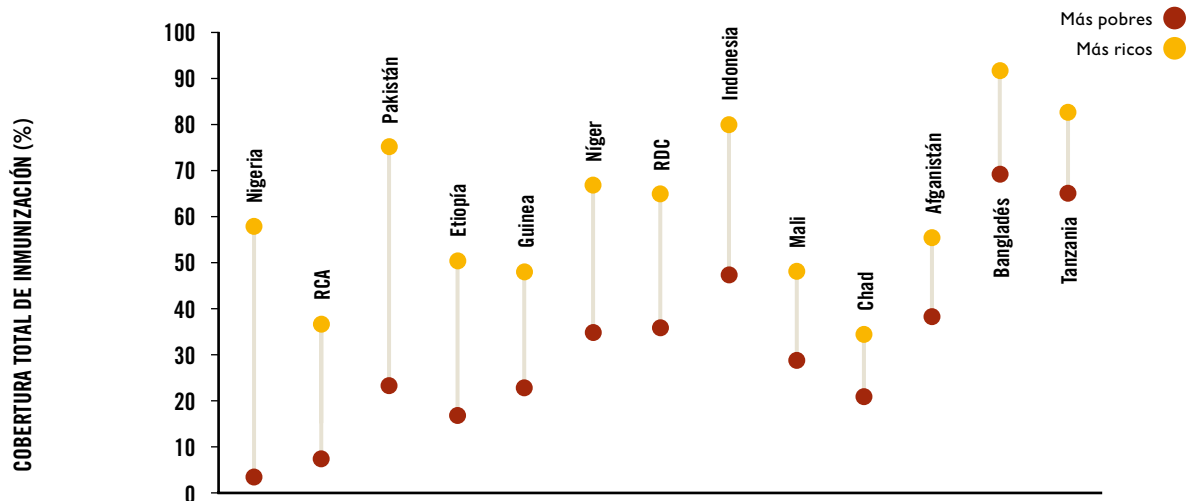
FALLOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La neumonía es una enfermedad eminentemente tratable siempre que se diagnostique con rapidez y precisión y luego se trate con eficacia. Estas condiciones son importantes. La mayoría de los casos de neumonía se pueden tratar con antibióticos que cuestan menos de 0,34 euros por tratamiento completo. Pero si un niño o niña con neumonía no recibe atención, o si se le diagnostica incorrectamente, su afección puede deteriorarse muy rápidamente.

Si tiene neumonía grave, el tratamiento requiere que se le derive a establecimientos equipados para tratar la insuficiencia respiratoria, brindar tratamiento con oxígeno y administrar antibióticos intravenosos o intramusculares. La prevalencia de muertes por neumonía es un síntoma de los fallos subyacentes del sistema de salud, que niegan a los niños el acceso al diagnóstico y al tratamiento.

Los fallos comienzan con el acceso a la atención médica. Muchos niños con síntomas de neumonía no reciben el cuidado apropiado. Alrededor de un tercio de los niños con tales síntomas entran en esta categoría, y las tasas de presentación están aumentando lentamente, a menos del 1% anual. Esto significa que a unos 40 millones de niños y niñas se les niega el acceso al tratamiento cada año. En el África subsahariana, solo el 46% de los menores con síntomas reciben atención sanitaria. En muchos países, a menudo tienen que buscar atención médica de curanderos tradicionales o médicos privados. Con demasiada frecuencia, la atención que se presta es deficiente y costosa, y a menudo conduce a tratamientos inadecuados.

GRÁFICO 13_ LOS NIÑOS Y NIÑAS MÁS POBRES (Y LOS DE MAYOR RIESGO) TIENEN MENOS PROBABILIDADES DE SER INMUNIZADOS: DESIGUALDADES EN LA COBERTURA DE INMUNIZACIÓN COMPLETA POR NIVEL ECONÓMICO EN LOS PAÍSES CON ALTA CARGA DE NEUMONÍA



Las dificultades para recibir tratamiento también varían. En algunos casos, especialmente en las zonas rurales, la distancia a un centro de salud y los costes asociados del transporte pueden ser los factores principales. En otros, los padres no tienen el dinero para pagar los tratamientos. Las preocupaciones sobre la calidad de la atención que se ofrece también son patentes. En ocasiones, los padres creen que los trabajadores sanitarios no están debidamente capacitados, que los establecimientos carecen de medicamentos esenciales y que se les tratará con falta de respeto. A menudo, todos estos factores entran en juego. La consecuencia es que muchas madres consideran a los curanderos tradicionales como el primer recurso al sistema de salud.

Un diagnóstico temprano y preciso es vital. En teoría, identificar los síntomas de la neumonía es relativamente sencillo. Las directrices de la OMS para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia ofrecen una guía diagnóstica sencilla. La mayoría de los niños presentan tos, dolor en el pecho, fiebre y dificultad para respirar. Los trabajadores sanitarios con una formación mínima pueden

evaluar a un niño en caso de dificultad respiratoria contando sus respiraciones por minuto (más de 50 para los menores de un año y más de 40 para los mayores). En los casos más graves, un trabajador de salud también puede observar un dibujo de la pared torácica (ver página 65).

Los regímenes de tratamiento también están bien establecidos. La Amoxicilina DT es el tratamiento antibiótico de primera línea para la neumonía bacteriana. Se requieren antibióticos de segunda y tercera línea para tratar los casos más graves y resistentes. En los casos más graves, los menores deben ser derivados a instalaciones de nivel superior. Para las niñas y niños con riesgo de hipoxemia, una afección en la que los niveles de oxígeno en sangre descienden hasta el punto en que se corre el riesgo de dañar los órganos, el tratamiento con oxígeno es vital. En los casos más graves, es posible que haya que drenar los pulmones de los niños.

Para muchos millones de los niños y niñas que sufren de neumonía y para los padres y madres que cuidan de ellos, estas pautas representan una versión lejana de la realidad. Los padres a menudo carecen del conocimiento para reconocer los síntomas de la neumonía. Los trabajadores comunitarios de la salud pueden tener dificultades para contar la frecuencia respiratoria de un niño enfermo. Existen otros signos ligados a la neumonía severa, como la piel que se torna azul con escasez de oxígeno, pero

pueden ser difíciles de detectar en niños con piel negra. Sin una manera de evaluar los niveles de oxígeno en sangre, los trabajadores sanitarios pueden verse incapaces de identificar a un niño que necesite tratamiento con oxígeno hasta que sea demasiado tarde. Cuando la neumonía se presenta con otras afecciones, como la diarrea, el sarampión y la sepsis, los riesgos de un diagnóstico erróneo aumentan, y un diagnóstico inexacto expone a los menores a más riesgos todavía (cuadro 4).



El voluntario de salud comunitaria Lucas revisa la frecuencia respiratoria de Robert, de nueve meses de edad, usando bolitas para contar el número de respiraciones por minuto. Un día antes, un médico del centro de salud del condado de Turkana, Kenia, le diagnosticó neumonía y le recetó antibióticos, paracetamol y antihistamínicos.

CUADRO 4_ AL BORDE DE LA MUERTE: LA HISTORIA DE SULEKA

Desde su nacimiento, la vida ha sido una lucha constante para Suleka. Suleka nació con bajo peso. Según su madre, Halima, Suleka llevaba sufriendo diarrea desde el principio. Pero entonces, Suleka contrajo lo que Halima pensaba que era un resfriado: se la veía más apagada y no quería hacer tomar el pecho. La diarrea empeoró, posiblemente porque Suleka empezó a tomar leche de vaca. Se desarrollaron otros síntomas, incluyendo fiebre, tos y respiración rápida.

La familia de Suleka se dedica al pastoreo en Wajir, al noreste de Kenia, una de las zonas más pobres del país. Halima tardó varios días en encontrar un vehículo capaz de llevarla a ella y a una Suleka cada vez más enferma al centro de salud más cercano, ubicado a varias horas de distancia. El personal de este centro privado le dijo a Halima que se trataba de una simple diarrea.

Pero el estado de Suleka continuó deteriorándose. Tres días después de su visita al primer centro, Halima encontró otro vehículo que la llevara al hospital Griftu, un centro de referencia que recibe el apoyo de Save the Children. El médico de guardia, el Dr. Hassan, le diagnosticó inmediatamente neumonía grave, diarrea, desnutrición y deshidratación.

Los médicos le administraron antibióticos de primera línea disponibles en el centro, y le pusieron gotas intravenosas para rehidratarla y darle de comer.

Suleka no respondió, así que le pusieron un goteo intravenoso con antibióticos de segunda línea. Pero siguió sin funcionar. Después de 24 horas se le aplicó un tratamiento antibiótico de tercera línea. La fiebre disminuyó rápidamente y la frecuencia respiratoria de Suleka volvió a los niveles normales.

“Me asusté mucho cuando me dijeron que se trataba de neumonía”, dijo Halima. “Le rezaba a Dios para que mi bebé se pusiera bien”.

El Dr. Hassan explicó que si Suleka hubiera llegado dos o tres días más tarde, no habría sobrevivido. Afirmó que la mayoría de los casos de neumonía que trata están (como en el caso de Suleka) asociados a la desnutrición, y que los padres a menudo retrasan el traslado de sus hijos hasta que los casos son graves.

El caso de Suleka ilustra la complejidad de los retos que plantea la neumonía en entornos como Wajir, que tienen altos niveles de pobreza y difícil acceso. La falta crónica de inversiones en infraestructura sanitaria, las grandes distancias entre las clínicas y los medios de subsistencia nómadas hacen que muchos hogares carezcan de acceso a los servicios de salud, y los trabajadores sanitarios a menudo carecen de la formación necesaria para diagnosticar y tratar la neumonía.



Suleka, de tres meses de edad, recibe tratamiento para la neumonía.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children

No es posible determinar qué proporción de niños con síntomas de neumonía son tratados con antibióticos, pero las pruebas apuntan a una gran carencia. Para un amplio grupo de países (incluyendo India, Pakistán, Etiopía, Indonesia y Nigeria) las tasas de tratamiento con antibióticos fueron muy inferiores a las tasas de acceso a un proveedor de asistencia sanitaria para los menores con síntomas respiratorios agudos. La precisión en el diagnóstico puede explicar parte de la brecha: no todos los casos respiratorios requieren tratamiento con antibióticos. Sin embargo, la no disponibilidad de antibióticos también contribuye. Los estudios sobre la disponibilidad de medicamentos esenciales muestran que menos del 60 % de las instalaciones en Tanzania, Kenia, la Re-

pública Democrática del Congo y Mauritania tienen Amoxicilina disponible, cayendo a menos de una cuarta parte en Nepal y Uganda. Esto puede deberse a que las inversiones en comercialización y distribución son limitadas, a que las adquisiciones son deficientes y a que los planificadores de salud no reconocen la demanda.

Los diagnósticos erróneos y los errores en el tratamiento son particularmente peligrosos durante el período neonatal. Una revisión realizada sobre cuidados muestra que solo el 59% de los padres/madres o tutores buscaron atención para los recién nacidos enfermos. Los sistemas de atención posnatal deficientes reducen las posibilidades de diagnóstico y tra-



Joseph y su madre son refugiados del Sudán del Sur, aunque ahora viven en un campamento en Uganda. Joseph tiene neumonía. Una enfermera de Save the Children lo está tratando con antibióticos.

tamiento. En los países menos adelantados, menos del 40% de las madres primerizas y solo una cuarta parte de los recién nacidos reciben una revisión médica dos días después del parto. Esto apunta a la pérdida de oportunidades para las intervenciones críticas que podrían prevenir las muertes por neumonía. Las pruebas de la investigación muestran que los antibióticos orales o inyectables suministrados a los recién nacidos con neumonía pueden reducir la mortalidad neonatal hasta en un 42%.

Los sistemas de atención a menudo están mal equipados para prestar una atención eficaz. La remisión tardía es común y a menudo resulta mortal. Muchos menores llegan a los hospitales después de que la infección se haya trasladado de los pulmones al torrente sanguíneo y al líquido cefalorraquídeo, creando el caldo de cultivo ideal para el choque séptico y la meningitis. También suelen faltar los tratamientos terapéuticos básicos. Alrededor del 13% de los menores remitidos al hospital con neumonía requieren tratamiento con oxígeno (1,9 millones de casos al año). Sin embargo, las instalaciones a menudo carecen por completo de tratamiento con oxígeno, o se ven obligadas a compartir botellas de oxígeno individuales entre un gran número de niños.

LA DESIGUALDAD Y LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO

La neumonía ilustra poderosamente la lotería del nacimiento. Cuando los niños y niñas se ven afectados por la enfermedad, sus perspectivas de supervivencia dependen en gran medida de una circunstancia sobre la que no tienen ningún control: su país de nacimiento. Pero esta situación se extiende más allá de las fronteras nacionales. Los niveles de atención y tratamiento dentro de los países se estructuran en torno a brechas sociales basadas en la riqueza, la etnia, el género y otros indicadores de desventaja.

La profunda importancia de los sistemas de salud puede ilustrarse con una simple comparación entre la vida y la muerte. Los cuadros 5 y 6 cuentan la historia de dos niños en dos hospitales, uno en el Reino Unido y otro en Turkana, al norte de Kenia. Ambos fueron ingresados con neumonía. Uno sobrevivió debido al nivel de atención disponible, el otro murió.



Se prepara una dosis de antibióticos intravenosos para tratar a un pequeño con neumonía en un centro de salud de Kenia.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children

CUADRO 5_ UNA VIDA SALVADA EN EL REINO UNIDO

Sophie, de 16 meses de edad, ingresó en el servicio de urgencias del Royal Hospital for Sick Children en Edimburgo, Escocia, con un historial médico de letargo, mala ingesta oral y fiebre. Tenía antecedentes de infecciones del tracto respiratorio y su médico de cabecera la había tratado dos veces en los dos meses anteriores con Amoxicilina.

Justo antes ingresar en hospital, el estado de Sophie había empeorado durante un período de dos a tres días. El estado de letargo y la tos empeoró, lo que llevó a que sufriera vómitos. La volvió a ver un médico de cabecera, que la derivó al hospital.

Cuando la evaluaron en el servicio de urgencias del hospital, Sophie tenía que realizar mucho esfuerzo para respirar y se observó una pequeña obstrucción en la entrada de aire a su pulmón derecho. Una radiografía de tórax confirmó que se trataba de infección torácica focal y también mostró una pequeña efusión pleural, una acumulación de líquido, medida con un dispositivo de ultrasonido.

Además de recibir oxigenoterapia, Sophie comenzó a tomar antibióticos y líquidos por vía intravenosa. Posteriormente, los análisis de sangre revelaron *Streptococcus pneumoniae*. A pesar del tratamiento, tenía

fiebre persistente y el derrame pleural aumentó de tamaño. Se insertó un drenaje torácico, a través del cual recibió uroquinasa durante tres días, un medicamento que ayuda a eliminar los restos de la infección.

Después de extraerle el drenaje torácico, el estado de Sophie empeoró. Más imágenes (una radiografía de tórax y un TAC) mostraron una bolsa de aire, llamada neumotórax, y restos de tejido pulmonar muerto, llamada neumonía necrosante. Los médicos bajaron a Sophie a quirófano para practicarle dos drenajes torácicos y así extraerle el aire y el líquido. Sus niveles de hemoglobina habían disminuido significativamente, por lo que le hicieron una transfusión de glóbulos rojos.

Con el tiempo, el estado de Sophie mejoró. Se le retiraron los drenajes torácicos y, una vez que estaba clínicamente estable, se le suministraron antibióticos intravenosos una vez al día, para lo cual acudía al hospital todos los días. Al final, pasó más de cuatro semanas con antibióticos intravenosos y otras cuatro semanas con antibióticos orales.

Sophie se recuperó y ahora los médicos le están haciendo un seguimiento ambulatorio.

CUADRO 6_ UNA VIDA PERDIDA EN KENIA

La historia de Lilian debería haber sido diferente. Nacida en Turkana, una de las zonas más marginadas de Kenia, Lilian fue hospitalizada en el hospital de Lodwar con una grave neumonía. Solo tenía cuatro meses de edad.

Cuando llegó al hospital estaba en muy mal estado. Su frecuencia respiratoria estaba muy por encima del indicador de 50 respiraciones por minuto de las directrices de la OMS. Estaba en estado de letargo y era incapaz de digerir la comida. Su madre no había reconocido los síntomas respiratorios y la fiebre que los acompañaba como signos derivados de la neumonía. Al carecer del conocimiento o el apoyo de la comunidad para identificar la enfermedad, la madre de Lilian no buscó ayuda médica hasta que la situación fue desesperada.

Lilian ingresó en el hospital durante el turno de noche. El médico de urgencias dijo que podía tratarse de malaria y vio síntomas de diarrea, dificultad para

respirar, tos y calor corporal. Trató de estabilizarla, iniciando el tratamiento contra la malaria, suministrándole sales de rehidratación oral y cinc para la diarrea. Pidió más pruebas y la trasladaron a la sala principal de pediatría. Las enfermeras le administraron antibióticos de primera línea y paracetamol para bajarle la fiebre, pero Lilian no mejoró. Ante esta situación, se le administraron antibióticos de segunda línea.

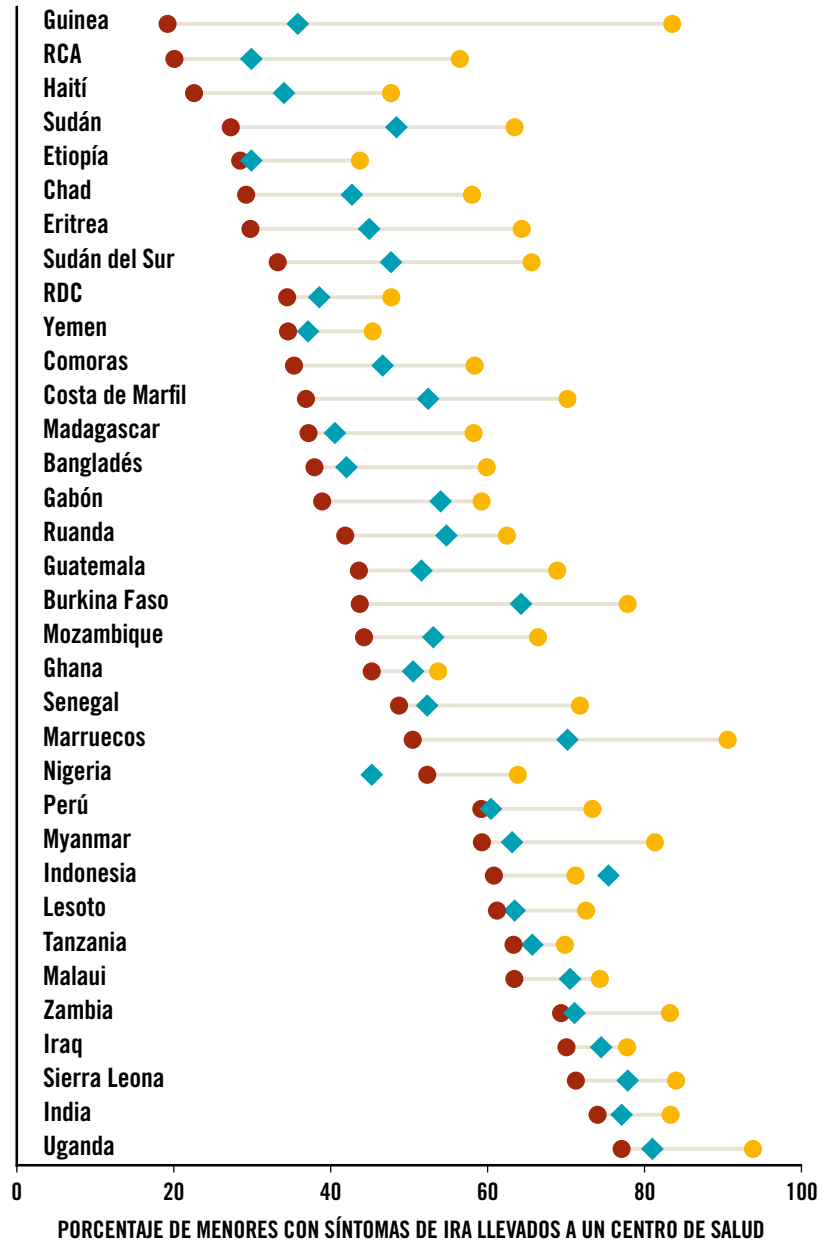
Al tercer día, los médicos pasaron a Lilian a cuidados intensivos para iniciar un tratamiento con oxígeno, pero su estado continuó deteriorándose. En la madrugada del cuarto día en el hospital, Lilian murió. No había ningún médico en el pabellón durante la noche.

Lilian fue uno de los tres bebés que murió de neumonía en el hospital durante un período de cuatro días.

GRÁFICO 14_ PADRES POBRES MENOS PROPENSOS A BUSCAR ATENCIÓN PARA UN MENOR CON SÍNTOMAS DE NEUMONÍA

Países seleccionados en los que la diferencia entre los hogares más pobres y más ricos es superior a cinco puntos porcentuales.

El 20% más pobre ●
El 20% más rico ●
Media nacional ◆



Fuente: Save the Children, Base de datos sobre la desigualdad basada en grupos, basada en encuestas EDS y MICS.

Las diferencias en lo que a salud se refiere dentro de los países suelen ser tan marcadas como las que existen entre ellos. Los hogares con ingresos altos que viven en ciudades como Lagos, Nairobi, Bombay o Yakarta tienen acceso a niveles de atención sanitaria comparables a los disponibles en los países más ricos. Los hogares de ingresos bajos en las mismas ciudades o en las zonas rurales del mismo país representan un mundo totalmente distinto. La experiencia de dos niños nigerianos es ilustrativa (cuadro 7).

Las historias de Rebecca y Bintu en Nigeria (ver página siguiente) reflejan desigualdades estructurales en el acceso al diagnóstico y tratamiento en los países más afectados por las enfermedades. Los menores de los hogares más pobres con síntomas de neumonía tienen menos posibilidades de ser diagnosticados y tratados que sus iguales con más recursos (Gráfico 14). La imposibilidad de pagar el tratamiento también es un factor importante para explicar la brecha en la atención sanitaria entre los países (Gráfico 15).

CUADRO 7_ MUNDOS APARTE: LA HISTORIA DE DOS NIÑOS EN NIGERIA

Rebecca, de 2 años, vive en un suburbio rico de Lagos. Contrajo fiebre, se mostró apática y mostraba síntomas de tos. Después de dos días, su madre la llevó al First Consultants Medical Centre, un hospital privado de 40 camas entre cuyos pacientes se incluyen altos ejecutivos empresariales y miembros del gobierno. A Rebecca le realizaron radiografías, se tomaron muestras de sangre para verificar si había infección y malaria, y se utilizó la oximetría de pulso para medir los niveles de oxígeno en la sangre. A los 30 minutos de su llegada, Rebecca había ingresado como paciente hospitalizada y se le había administrado un antibiótico por vía intravenosa. La fiebre disminuyó rápidamente y Rebecca regresó a casa pasados dos días.

A más de mil kilómetros al noreste de Lagos, en una clínica de estabilización dirigida por Save the Children en la ciudad de Maiduguri, en el estado de Borno, los niños y niñas que acuden a recibir tratamiento viven en un mundo diferente. La mayoría padecen desnutrición grave y aguda, a menudo con neumonía, diarrea y paludismo como factores agravantes. Falmata, la madre de Bintu, que también tenía dos años, llevó a su hija a esta clínica.

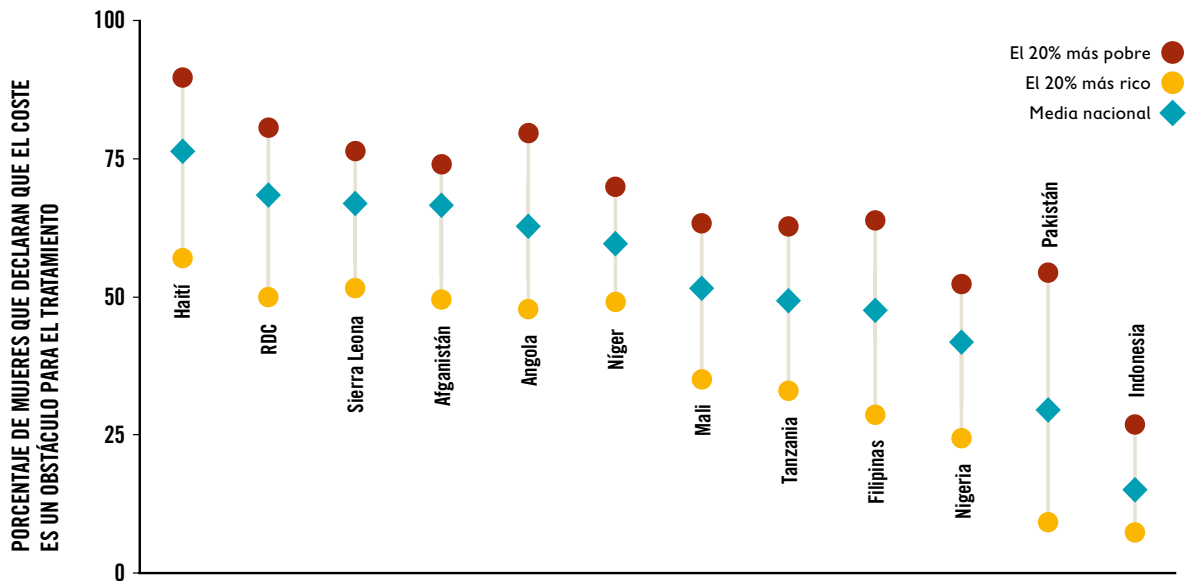
Ambas tuvieron que huir de su aldea como resultado del conflicto entre las fuerzas gubernamentales y Boko Haram. Bintu ingresó con desnutrición y neumonía grave. Los médicos la trataron con antibióticos intravenosos. Para cuando iniciaron el tratamiento, su sistema inmunológico se esforzaba por combatir la infección y la pequeña tenía problemas graves para respirar. Lo ideal hubiera sido suministrarle oxigenoterapia de inmediato, pero en el centro solo había una bombona que ya estaban utilizando en otra sala. A pesar de todo esto, los médicos consiguieron tratar a Bintu y, afortunadamente, se recuperó.

Bintu, de dos años de edad, padece neumonía y recibe tratamiento en un centro de estabilización de Save the Children en Maiduguri, Nigeria.

FOTO: Tommy Trenchard / Save the Children



GRÁFICO 15 EL DINERO IMPORTA: MUJERES QUE INFORMAN SOBRE EL COSTE COMO BARRERA PARA EL TRATAMIENTO



Países con una gran incidencia de la enfermedad, datos de DHS a partir de 2012.

La brecha rural-urbana refleja y refuerza disparidades más amplias en materia de riqueza. En Etiopía, el 28% de los menores con infección respiratoria que viven en zonas rurales son atendidos por un trabajador sanitario cualificado, cifra que aumenta hasta el 61% para aquellos menores que viven en zonas urbanas. Estas disparidades reflejan una combinación de distancia, coste y calidad de la prestación del servicio.

SISTEMAS SANITARIOS DÉBILES

Los sistemas de salud son la clave para desbloquear el progreso en la lucha contra la neumonía. A través de programas de inmunización, pueden proporcionar el arsenal que protege

a los niños y niñas vulnerables a causa de la pobreza, la desnutrición y los factores de riesgo ambientales. Al proporcionar diagnóstico y tratamiento, los sistemas pueden limitar el daño causado por la neumonía, creando las condiciones ideales para la recuperación. Sin embargo, nada de esto es automático. Cuando los sistemas de salud no llegan a los más desfavorecidos, cuando el diagnóstico proporcionado por el personal es inexacto o cuando los centros médicos carecen de los recursos que necesitan para administrar tratamiento, los efectos de cualquier intervención sobre la neumonía se atenúan. Por ello, la cobertura sanitaria universal es una condición fundamental, como se examinará con más detalle en el Capítulo 3.

CUADRO 8_ UNA VIDA PERDIDA EN NEPAL

“Es muy difícil vivir aquí”, dice Soshma, que vive en un pueblo remoto de Nepal. Si algún vecino enferma, llevarlo al puesto de salud es una tarea muy difícil, ya que está lejos y los caminos son malos. Cuando estaba embarazada, mis familiares me llevaban en una canasta. Está a dos horas de aquí. No llegué al puesto de salud a tiempo para dar a luz. El bebé nació cerca del puesto de salud. Cuando llegué, la enfermera nos dijo que el bebé tenía bajo peso. Nos dijeron que lleváramos al bebé a Katmandú.

Cuando llegamos a Katmandú, los médicos exploraron a mi bebé y nos dijeron que tendrían que ponerle asistencia respiratoria. Yo tenía mucho miedo. Los médicos nos dijeron que si nos la llevábamos a casa, los cuidados del bebé se verían comprometidos porque habría humo, polvo y la temperatura no sería la adecuada. No podíamos pagar el hospital, así que nos fuimos.

Estaba dando el pecho al bebé en casa y de repente tosió. Lo siguiente que noté fue que tenía la boca abierta. El bebé no respondió cuando le toqué las manos. Mi marido estaba trabajando fuera. Llamé a mi padre y me dijo que el bebé había muerto.

Mi esposo, mi padre y nuestros vecinos se llevaron al bebé para darle sepultura. La echo de menos todos los días.

Hicimos todo lo que pudimos. Creo que si nuestra situación económica hubiera sido mejor, tal vez habría sobrevivido. Los servicios de salud deben estar disponibles tanto para los ricos como para los pobres. Pero en Nepal, la gente rica tiene acceso a buenos servicios de salud, mientras que los pobres no lo tienen. Cuando estaba embarazada, mis padres habían ahorrado dinero, pero no teníamos ni idea de que pasaría algo así. Cuando llevamos a mi hija a Katmandú para que la curasen, mi padre tuvo que pedirle dinero a otros vecinos.

Soshma con su hija de seis meses, Ratshya. Soshma perdió a su primer hijo a causa de la neumonía porque no podía costear la atención médica.

FOTO: Suzanne Lee / Save the Children



3 De la comunidad local a la política nacional: la primera línea en la prevención y el tratamiento de la neumonía

PUNTOS CLAVE

- *Los países deberían invertir en el desarrollo de sistemas de inmunización para suministrar vacunas neumocócicas conjugadas (PCV) y cumplir los compromisos asumidos en el marco del Plan de Acción Mundial de Vacunas de la OMS; Etiopía, Ghana y Bangladés, por ejemplo, han demostrado que es posible avanzar rápidamente hacia una cobertura universal.*
- *El desarrollo de sistemas integrados de gestión comunitaria de casos podría reducir las muertes en un tercio, pero es fundamental reforzar la formación y el apoyo a los trabajadores sanitarios.*
- *Los gobiernos deberían adoptar normas más flexibles que permitan a los sanitarios dispensar antibióticos. Esto es vital para salvar vidas; las preocupaciones de resistencia a los antimicrobianos acerca de la Amoxicilina pueden ser exageradas.*
- *Debería hacerse mucho más hincapié en proporcionar pruebas e información a las madres, permitiéndoles identificar los síntomas de neumonía y capacitándolas para que busquen el cuidado adecuado.*
- *Las intervenciones contra la neumonía deberían integrarse en estrategias más amplias de cobertura sanitaria universal, en las que los gobiernos aumenten las inversiones en salud hasta el 5% del PIB y refuercen la equidad centrando los recursos en las personas más desfavorecidas.*
- *Cada país debería adoptar un Plan de Acción contra la Neumonía en el que se establezcan estrategias para reducir las muertes por neumonía a menos de 3/1.000 para 2025.*

La neumonía es un reto de ámbito mundial. Combatir la enfermedad es una responsabilidad de todos los gobiernos que han aceptado el compromiso de los ODS de poner fin a las muertes infantiles evitables, y de las empresas, organizaciones no gubernamentales e instituciones financieras que han respaldado dichos objetivos. La responsabilidad comienza en la nación. Corresponde a los gobiernos nacionales liderar el diseño, implementación y financiamiento de las estrategias necesarias para prevenir las muertes por neumonía. Si bien no existe un anteproyecto, estas estrategias deben basarse en un enfoque integrado que

reduzca simultáneamente los riesgos de fondo asociados con la desnutrición, la lactancia materna insuficiente y los factores ambientales más amplios, y fortalezca la capacidad del sistema de salud para prevenir, diagnosticar y tratar los casos de neumonía.

Crear nuevos programas “verticales” que se centren en la neumonía con exclusión de otras enfermedades no es la solución. Demasiados sistemas de salud de los países en desarrollo se han visto afectados por silos específicos de enfermedades, con programas que a menudo se estructuran en torno a prioridades de los

donantes y no en función de las necesidades nacionales. Lo que se necesita es un enfoque integrado que incluya la prevención de la neumonía y la gestión de casos dentro de estrategias más amplias de salud infantil, que se financien y coordinen adecuadamente entre los organismos gubernamentales.

¿QUÉ NECESITA UN NIÑO EN RIESGO DE NEUMONÍA DEL SISTEMA SANITARIO?

Si bien la neumonía es fácil de diagnosticar y tratar en los países ricos, no ocurre lo mismo con los países más pobres. Como ha dicho un comentarista: “La multiplicidad de causas potenciales y la dificultad para identificar una sola causa en un caso particular, hace que la neumonía sea un objetivo difícil para los planificadores sanitarios”. Una manera de reducir la complejidad es considerar lo que un padre informado de un niño en riesgo de neumonía podría exigirle a un sistema de salud.

El punto de partida para cualquiera de estos padres sería la prevención de una enfermedad potencialmente letal. La vacunación sería una prioridad de primer orden. Además de proteger a los menores de la neumonía evitable, la vacunación puede proteger a las familias pobres de los costes que conlleva un episodio de neumonía grave. Esos costes van desde el pago de tratamientos hasta los gastos de transporte y los ingresos perdidos como resultado del tiempo dedicado al cuidado de los enfermos.

Para los padres de un menor con síntomas de neumonía no hay sustituto para gestionar efectivamente cada caso. La capacidad de acceder a una atención sanitaria de calidad por parte de los proveedores responsables es fundamental, empezando por un trabajador sanitario capacitado en la comunidad para detectar los síntomas y, si es necesario, remitir al menor

a un centro de salud para que reciba tratamiento. Para los padres que acaban de dar a luz, un trabajador sanitario capaz de detectar los síntomas de la neumonía de aparición temprana, incluyendo letargo, alimentación débil y respiración rápida, puede prevenir un desenlace potencialmente mortal.

Debido a que la recuperación depende del tratamiento, los padres y madres informados desearían que la gestión de cada caso siguiera las pautas de la OMS, comenzando con Amoxicilina en comprimidos dispersables. Desearían que el personal clínico pudiera identificar los signos de neumonía grave, incluyendo la hipoxemia. Una vez se hayan detectado los signos, querrían que sus hijos o hijas fuesen derivados a un centro de alto nivel equipado con antibióticos de segunda línea, tratamiento con oxígeno y atención especializada.

Ninguna de estas demandas sería específica de un país. Aparecerían en la lista de control de cualquier padre o madre en cualquier país del mundo. Sin embargo, para millones de padres y madres en los países con alta incidencia de neumonía, la atención eficaz está fuera de su alcance. Como vimos en el Capítulo 2, las desigualdades en el acceso a la atención, el diagnóstico tardío o inexacto, el tratamiento defectuoso y la escasez de medicamentos y equipo terapéutico esenciales están poniendo en peligro las vidas de los jóvenes, y los niños y niñas más desfavorecidos tienen menos posibilidades de que se gestionen adecuadamente sus casos.

Los fallos del sistema de salud no se dan aisladamente. Como cuidadoras primarias más habituales, son las madres las que están mejor posicionadas para detectar los primeros indicios de neumonía y buscar ayuda. Sin embargo, a las madres a menudo se les niega el acceso a la información que necesitan para elaborar una opinión informada. En parte, esto se debe a que las autoridades sanitarias no han logra-

do aumentar la concienciación sobre los síntomas y el tratamiento de la neumonía. Pero las decisiones que toman las mujeres y las opiniones que tienen también reflejan relaciones de poder más amplias dentro y fuera del hogar. Garantizar que las mujeres tengan la educación, confianza y autonomía necesarias para actuar es fundamental para mejorar los resultados sanitarios. Cuando las mujeres tienen la información adecuada y la autoridad para tomar decisiones en el hogar, es más probable que busquen atención y vacunen a sus hijos e hijas. Por el contrario, negar a las mujeres su autonomía y derechos repercute negativamente en la salud y la supervivencia de los niños.

VACUNAR CONTRA LA NEUMONÍA HASTA EL ÚLTIMO NIÑO

Visto desde el prisma de la política nacional, la vacunación es la mejor inversión posible. Los tratamientos contra la neumonía suponen una enorme carga para los sistemas de salud. En la mayoría de los países más afectados es la principal fuente de hospitalización de los más pequeños. Cada episodio de neumonía evitado se traduce en una menor presión sobre los escasos recursos sanitarios. Sin embargo, la mayoría de los gobiernos siguen sin invertir lo suficiente en inmunización.

La mayoría de los países han respaldado el Plan de Acción Mundial de Vacunas (GVAP) de la OMS. El objetivo es asegurar que ningún niño quede sin vacunar para el año 2020. Los gobiernos africanos también adoptaron, a principios de 2017, la Declaración de Addis de la Unión Africana sobre Inmunización. Los resultados han sido ambiguos, en el mejor de los casos. En el punto medio del GVAP, más de 19 millones de niños, la mitad de ellos en África, no habían recibido la totalidad de la DTP3,

y muchos países están muy por debajo de lo normal.

Algunos países más afectados por neumonía (entre ellos Nigeria, Pakistán, Malí y Somalia) están retrocediendo en la cobertura de la DTP3, lo que obstaculizará la ejecución de los programas contra la neumonía.

Dada la rentabilidad potencial de la inversión, ¿por qué los avances son tan lentos en estos países? En algunos casos, el problema puede atribuirse a la política nacional. Los países deberían incluir todas las vacunas recomendadas por la OMS en sus programas de inmunización. Para los países más afectados por la neumonía, esto incluye la PCV. Sin embargo, varios países aún no han seguido los consejos de la OMS. La India solo introdujo la PCV en su Programa Universal de Inmunización en 2017 con un programa piloto escalonado en tres estados. Otros tres países muy afectados: Indonesia, Chad y Somalia siguen sin utilizar la vacuna PCV en los programas de inmunización sistemática. Nigeria ha incluido la PCV en su calendario nacional, pero hace poco de esto y las tasas de cobertura son solo del 13%.

Las limitaciones en infraestructura sanitaria representan otro cuello de botella. Introducir un nuevo programa de vacunación no es algo sencillo. Se basa en trabajadores sanitarios capacitados, sistemas de suministro y almacenamiento en frío, y sistemas de información que permitan el control de la cobertura al instante. Los mecanismos de prestación de servicios sanitarios deben poder llegar a las zonas que estén más desatendidas por los puestos médicos ordinarios. En el caso de la PCV, que requiere tres dosis, las exigencias económicas, técnicas y administrativas son mayores. Todo esto ayuda a explicar por qué los países que han logrado una cobertura alta y sostenida lo han hecho al incorporar la inmunización en sistemas sólidos de atención primaria.

Estos sistemas no dependen únicamente de la renta nacional de un país. Ghana introdujo la cobertura de PCV en 2011, alcanzando un 43% de cobertura en el primer año y una inmunización casi universal en 2016. Etiopía ha alcanzado una cobertura del 76% desde 2011. En ambos casos, se ha puesto mucho énfasis en la ampliación del sistema de atención primaria, con vínculos a un número creciente de trabajadores comunitarios de la salud. Las campañas de educación y el compromiso a nivel comunitario también han ocupado un lugar prominente.

Bangladés es otro ejemplo sorprendente de buena práctica. A finales de los años ochenta, el país reinventó su programa de inmunización. Se autorizó al personal sanitario de la comunidad a suministrar casi todas las vacunas. Las comunidades se movilizaron mediante campañas de información y entrega que reunían al gobierno, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. La infraestructura creada a lo largo de muchos años se utilizó para introducir la PCV y la vacuna inactivada contra la polio en 2015.

Las tecnologías digitales proporcionan nuevas herramientas que son de gran ayuda para la inmunización universal. La herramienta Administración de Datos de Vacunas en Distritos de la OMS ha sustituido la presentación de informes impresos por el seguimiento electrónico. Las nuevas tecnologías móviles para la salud (m-health) permiten registrar las vacunas, gestionar recordatorios paternos y mejorar la gestión de las existencias. Mientras que Nigeria tiene un historial pobre, en los estados de Oyo y Delta, una asociación público-privada ha creado un sistema electrónico de información sobre inmunización que cubre más de 200 establecimientos de salud. Otros países han creado agencias especializadas para supervisar todo el espectro de adquisiciones y gestión de la cadena de suministro. Un ejemplo es el Sistema Logístico Integrado de Adquisiciones

de Etiopía, que ha mejorado drásticamente la disponibilidad de vacunas.

Todos estos mecanismos tienen una importancia particular para los desafíos “finales” en materia de inmunización. Las tasas de cobertura de las vacunas en las zonas urbanas y entre los grupos más ricos tienden a ser muy elevadas, incluso en los países con un rendimiento deficiente. Esto refleja la distribución desigual del gasto en salud y la infraestructura. Para llegar a las poblaciones marginadas de las zonas rurales que pueden estar escasamente pobladas, o en los barrios marginales urbanos donde el sistema de salud presta servicios insuficientes, se requiere un compromiso con la equidad y la innovación.

MEJORAR EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

Los principios que se aplican a la inmunización se extienden a la gestión eficaz de los casos. Lograr la cobertura universal de las PCV y garantizar que todos los niños tengan acceso a diagnósticos y tratamientos de alta calidad requiere un sistema sanitario eficaz y equitativo. Identificar las herramientas de diagnóstico y los medicamentos necesarios para el tratamiento es relativamente sencillo. Establecer sistemas de inversión y gobierno que vinculen a las poblaciones vulnerables con instalaciones de salud bien equipadas y trabajadores sanitarios formados, con apoyo y responsables ante las poblaciones a las que prestan servicios es un reto mucho mayor.

Al reconocer que muchas comunidades carecen de acceso a la atención sanitaria básica, la OMS, Unicef y otros organismos, entre ellos Save the Children, han respaldado activamente la Gestión Comunitaria Integrada de Casos (iCCM). Se han elaborado protocolos para la identificación y el tratamiento de las principa-

CUADRO 9_ GESTIÓN COMUNITARIA DE CASOS INTEGRADOS

Para millones de niños y niñas en entornos de bajos recursos, el acceso a la atención sanitaria se ve limitado por la distancia, el coste y, en muchos casos, las barreras sociales. En el caso de las enfermedades en las que un tratamiento tardío puede agravar los riesgos, el acceso restringido plantea graves amenazas. La iCCM fue diseñada para mitigar estas amenazas mediante la atención en la comunidad a través de trabajadores de salud capacitados para diagnosticar, tratar y remitir enfermedades graves.

El personal sanitario comunitario es la base de la pirámide sanitaria de la iCCM. Por lo general, estos trabajadores pertenecen a las comunidades donde trabajan; reciben formación y supervisión para detectar y tratar los casos menos complicados de paludismo, diarrea y neumonía de los niños y remiten los casos más graves y los casos de desnutrición a centros sanitarios de mayor nivel.

En algunos casos, sus competencias también se pueden extender al tratamiento de la sepsis neonatal, o incluso a la desnutrición aguda. También desempeñan un papel importante en el fomento de comportamientos apropiados de búsqueda de salud y prácticas familiares como la nutrición, el saneamiento y la lactancia materna.

Los trabajadores sanitarios de la comunidad representan a menudo una primera línea de defensa contra la neumonía. Su formación incluye la medición de la dificultad respiratoria mediante el uso de un temporizador.

Unicef y la Organización Mundial de la Salud consideran que la iCCM es “una estrategia esencial que puede fomentar la equidad y contribuir a la reducción sostenida de la mortalidad infantil”. Esta conclusión está justificada. Hay pruebas de que los trabajadores comunitarios pueden desempeñar un papel fundamental en la prevención de las muertes infantiles.

Sin embargo, los retos también son reales. Muchos trabajadores comunitarios han recibido una escolarización limitada y son analfabetos. La calidad de su formación y apoyo es muy variable, al igual que su disponibilidad. La dependencia excesiva de los voluntarios y trabajadores semivoluntarios puede limitar la responsabilidad y la disponibilidad (algunos también tienen granjas que dirigir, negocios que gestionar y niños que criar). Incluso aunque el trabajador sanitario comunitario esté bien capacitado y disponible, la falta de posibilidades de derivar pacientes a centros de salud puede limitar su capacidad para ayudar a los padres con niños enfermos.

Los enfoques de la capacitación también han tenido algunas consecuencias involuntarias. La OMS recomienda un curso de formación de 11 días para tratar casos de enfermedades infantiles comunes. En algunos países, la formación y el apoyo se han centrado en las enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan en establecimientos de atención primaria, en lugar de en los trabajadores sanitarios radicados en la comunidad.

Fuente: Unicef/OMS, Declaración conjunta sobre la gestión integrada de casos comunitarios.

les causas de muerte, como la neumonía, la diarrea y el paludismo, mediante un enfoque conocido como Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Este enfoque ofrece la posibilidad de ampliar el alcance y fortalecer la equidad de los sistemas de salud, con beneficios específicos para el tratamiento de la neumonía. Algunas estimaciones sugieren que el iCCM podría reducir las tasas de fracaso del tratamiento en un 40%, lo que reduciría las muertes por neumonía en un tercio en el proceso.

Desplegar el potencial del iCCM presenta sus propios retos (cuadro 9). Pocos países han lo-

grado integrar con éxito la gestión de casos de neumonía en el tratamiento comunitario de ámbito nacional. Los trabajadores sanitarios de primera línea a menudo carecen de las capacidades de diagnóstico y el apoyo que necesitan para identificar y tratar la enfermedad. La malaria es un factor que complica las cosas.

Los programas de la iCCM en toda África y gran parte de Asia meridional se han orientado en mayor medida hacia la identificación y el tratamiento del paludismo en relación con la neumonía. Esto refleja tanto el éxito de las asociaciones contra el paludismo y el Fondo Mundial, y el fracaso a la hora de abordar el

reto que plantea la neumonía. Dado que el cuadro clínico de ambas enfermedades es a menudo similar, una consecuencia inevitable es que los menores con neumonía reciban tratamiento contra el paludismo, en algunos casos con consecuencias mortales. La OMS y Unicef han reconocido el problema y han integrado la neumonía en los servicios de la iCCM como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud primaria. Sin embargo, la aplicación de la iCCM en muchos países se ve obstaculizada por la escasez de fondos para medicamentos no palúdicos y equipos de diagnóstico (ver Capítulo 4).

Las dificultades de aplicación no deben ir en detrimento de lo que es posible. Etiopía y Ban-

gladés demuestran lo que pueden lograr los enfoques de la iCCM. Ambos han estado en el primer lugar de los países que han reducido la mortalidad infantil en general y las muertes por neumonía desde 2000. Los trabajadores comunitarios de la salud han desempeñado un papel fundamental en ambos países. Etiopía emplea a 38.000 trabajadores comunitarios de salud a través de su programa de extensión de la salud, ampliando el alcance del sistema de salud a las zonas rurales más inaccesibles. Sobre la base de esta infraestructura, un programa apoyado por Unicef en Etiopía aumentó la proporción de padres que buscaban atención para los niños y niñas con supuesta neumonía del 26% al 57% entre 2013 y 2015. En Bangladés, las estrategias contra la neumonía se han



Khadija, de cinco meses de edad, recibe tratamiento para la neumonía grave en un hospital que recibe apoyo de Save the Children en Wajir, Kenia.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children

CUADRO 10_ BANGLADÉS: EL PODER DE LOS ENFOQUES INTEGRADOS

Bangladés es líder mundial en la reducción de la mortalidad infantil, pero la neumonía sigue siendo un gran reto para los responsables políticos.

Hace 25 años, más de 170.000 niños y niñas de Bangladés morían anualmente de neumonía. La cifra bajaba muy lentamente. Esa imagen ha cambiado. Hoy en día, la neumonía sigue siendo la causa más común de muerte, ya que representa el 15% de la mortalidad infantil en general. Pero las muertes se han reducido en un 90%, pasando a ser 17.000 muertes anuales.

¿Qué ha impulsado el cambio y cómo puede Bangladés poner fin a las muertes por neumonía evitables?

La experiencia de Bangladés ilustra la fuerza que tienen los enfoques integrados. El nivel medio de vida ha mejorado gracias al crecimiento económico y la reducción de la pobreza, mientras que los programas de salud pública y nutrición han llegado a una proporción cada vez mayor de la población. Más del 95% de los niños y niñas de Bangladés están totalmente vacunados. La lactancia materna es casi universal. El nivel de retraso en el crecimiento de los menores de cinco años disminuyó, pasando del 51% en 2004 al 36% en 2014.

Para lograr esto ha sido fundamental el papel de un grupo de trabajadoras sanitarias comunitarias. El alcance comunitario fue decisivo para lograr una cobertura de inmunización casi universal, la mayor cobertura mundial de la solución de rehidratación oral, una mayor aceptación de la planificación familiar y soluciones innovadoras para la gestión comunitaria de los recién nacidos enfermos y la desnutrición aguda grave.

Save the Children ha trabajado estrechamente durante muchos años en Bangladés con el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, las autoridades sanitarias locales, las comunidades locales, en particular los médicos de las aldeas, y los trabajadores sanitarios de primera línea. En 2009, reunimos a las partes interesadas para establecer una coalición nacional que abogaba por introducir la vacuna neumocócica. La vacuna PCV se ha incluido ahora en el programa nacional de inmunización. Más recientemente, Save the Children dirigió un programa de iCCM para tratar las enfermedades infantiles comunes (neumonía y diarrea) y la desnutrición aguda grave. En él formó a los sanitarios de la comunidad y a los proveedores tradicionales de servicios de salud (médicos de aldea) para que prestasen servicios de salud y nutrición a menores de cinco años. Estos programas se están integrando ahora en la planificación nacional.

A pesar de todos los progresos logrados, Bangladés se enfrenta a considerables desafíos. Existen grandes desigualdades en la cobertura del sistema sanitario. En 2014, solo el 15% de los partos del 20% más pobre de las mujeres ocurrieron en un centro médico, en comparación con el 70% del quintil más rico. Más de un tercio de los niños menores de cinco años siguen sufriendo retraso en el crecimiento. Además, existen marcadas disparidades en la supervivencia infantil basadas en la riqueza y la ubicación geográfica.

Fuente: Bangladés EDS.

integrado en los programas de extensión comunitaria para recién nacidos (ver cuadro 10).

Hay otros ejemplos positivos. En Pakistán, el programa de Lady Health Workers se propuso aumentar el acceso a la gestión de casos comunitarios de neumonía en Haripur, un distrito muy afectado por la enfermedad con una población de más de 700.000 personas. Al inicio del proyecto, menos del 1% de los cuidadores de niños con síntomas de neumonía buscaban atención de las trabajadoras sanitarias, aunque habían recibido la formación para diagnosticar y tratar la infección. Las investigaciones

mostraron que el problema era la percepción de que las trabajadoras sanitarias estaban allí para procurar estrategias preventivas, no para proporcionar tratamiento curativo. La intensa participación comunitaria en los comités de salud de las aldeas y la formación de voluntarios de las comunidades cambió esta percepción. Después de dos años, la búsqueda de asistencia por parte de las trabajadoras sanitarias aumentó al 50%, lo que llevó a una atención de buena calidad más cercana al hogar y disminuyó las derivaciones a establecimientos de salud sobrecargados.

CUADRO 11_ TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

Las infecciones respiratorias agudas son la segunda fuente más importante de morbilidad y mortalidad infantil en la provincia oriental de Kasai, en la RDC. Sin embargo, es posible avanzar rápidamente incluso en este difícil entorno.

Save the Children ha formado y desplegado personal sanitario en tres zonas sanitarias de la provincia: Tshishimbi, Cilundu y Kabeya-Kamwanga. Ahora los trabajadores sanitarios pueden diagnosticar la neumonía y tratar los casos no complicados mediante la administración responsable de Amoxicilina, el antibiótico preferido. Los planificadores de salud han dado prioridad a la administración de Amoxicilina en las instalaciones locales, lo que ha ayudado a dispensar un tratamiento más eficaz. Los trabajadores sanitarios comunitarios remiten los casos graves a los centros de salud, que a su vez remiten a los hospitales estos casos cuando es necesario.

En la zona sanitaria de Tshishimbi, el centro de salud de Bena Mbala atiende entre 20 y 25 casos de neumonía e infección respiratoria aguda de media cada mes. En la mayoría de los casos se trata de menores de cuatro años. Los casos más graves (que afectan a niños con, por ejemplo, una frecuencia respiratoria de más de 70 años y/o anemia) se remiten al hospital de Tshishimbi. Por lo general, se dan hasta cinco casos al mes.

Durante un período de varios meses en 2017, no se registraron muertes de menores de cinco años por neumonía en esta zona. El hospital general de Kabeya-Kamwanga informa que la mayoría de los niños derivados con neumonía grave se recuperan completamente.

No obstante, existen retos considerables. En el hospital general de Kabeya-Kamwanga, por ejemplo, el concentrador de oxígeno (un salvavidas para aquellos menores que sufren neumonía grave) a menudo está fuera de servicio durante largos períodos de tiempo. Otros hospitales de la región informan del mismo problema. Otro reto es la falta de información sobre los casos de IRA en la región. En algunas zonas, el número de casos de neumonía registrados en los centros de salud muestra fluctuaciones inverosímiles de un mes a otro. El problema aquí es que los casos de IRA se recogen manualmente en las instalaciones de salud y en múltiples registros, un proceso que es ineficiente y propenso a errores humanos.

Malawi ofrece otro ejemplo de progreso frente a las dificultades. Parte del éxito de Malawi en la reducción de las muertes por neumonía se debe a los enfoques basados en la comunidad. Uno de los retos a los que se enfrentan los planificadores de salud en el país ha sido proporcionar medicamentos esenciales a los asistentes sanitarios, un grupo de trabajadores sanitarios remunerados que trabajan en las aldeas. El Ministerio de Salud del país ha abordado este reto mediante el uso experimental de tecnologías móviles que conectan a los asistentes sanitarios con los organismos de adquisiciones mediante una aplicación conocida como cStock (una herramienta de código abierto basada en la Web que les permite transmitir información sobre existencias y pro-

porcionar datos a nivel comunitario por mensaje). Se están desplegando iniciativas similares en Ruanda y Etiopía.

Los planificadores sanitarios en los países más afectados pueden aprender de las buenas prácticas nacionales en los países con mejor desempeño, pero también hay islas de buenas prácticas en los países con bajo desempeño. Un ejemplo es el de la República Democrática del Congo, que tiene una de las tasas de mortalidad por neumonía más altas del mundo. En Kasai, Save the Children trabaja con las autoridades locales para fortalecer la capacidad del sistema sanitario en el diagnóstico y tratamiento de la neumonía mediante enfoques integrados (ver cuadro 11).

Ninguno de estos casos positivos debe interpretarse como prueba de que los trabajadores comunitarios de salud suponen una solución milagrosa. En el mejor de los casos, pueden proporcionar una atención de primera línea eficaz. Sin embargo, la calidad de esa atención estará determinada en gran medida por la fuerza de los mecanismos de formación, apoyo, infraestructura y remisión del sistema de salud subyacente. Como ha subrayado la investigación de la OMS, los trabajadores sanitarios comunitarios no pueden contrarrestar las fugas de los sistemas de salud. Por ello, es preciso elaborar estrategias eficaces contra la neumonía a partir de sistemas sanitarios que amplíen su alcance a las comunidades subatendidas y mejoren la calidad del tratamiento. Mientras tanto, las comunidades con acceso limitado a la atención médica seguirán dependiendo de los trabajadores sanitarios locales, y es esencial que estos trabajadores estén capacitados y equipados para tratar la neumonía junto con otras enfermedades mortales.

Los fallos en el diagnóstico y tratamiento son particularmente peliagudos a la hora de tratar la neumonía. Una de las razones por las que muchos menores mueren a causa de lo que es una enfermedad tratable es que sus primeros síntomas son mal diagnosticados, tanto por los padres como por los trabajadores sanitarios de la comunidad. Pueden pasar varios días antes de que los padres lleven a sus hijos a un centro de atención primaria, momento en que la infección se habrá diseminado y los síntomas de neumonía grave pueden ser evidentes. Acudir a una instalación primaria, o incluso a un hospital, no supone una garantía de diagnóstico o tratamiento adecuado, como vimos en el Capítulo 2. Muchos de estos resultados pueden atribuirse a fallos más profundos del sistema sanitario, como la falta de inversión, la desigualdad en la prestación de servicios, la formación deficiente y una infraestructura mal administrada.

Si bien deben corregirse los fallos sistémicos, existen medidas prácticas que los planificadores de salud pueden adoptar para abordar los retos específicos que plantea la neumonía. Algunos de ellos hacen referencia a reglamentos. Los menores que presentan dificultad respiratoria y otros síntomas de neumonía deben recibir medicación inmediata, y el no hacerlo representa un riesgo médico. Sin embargo, muchos países con una gran carga de trabajo no permiten que los trabajadores comunitarios de la salud o las enfermeras receten antibióticos. Esto refleja la preocupación por la resistencia a los antimicrobianos, que es una amenaza real para la salud pública tanto en los países pobres como en los ricos. Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la aplicación excesivamente estricta de normas que prohíben la prescripción de antibióticos por parte de los trabajadores comunitarios puede ser parte del problema.

Las pruebas disponibles apuntan a un fuerte argumento a favor de normas más flexibles sobre la prescripción de antibióticos para la neumonía. La resistencia observada a la Amoxicilina en los países pobres es típicamente limitada o intermedia, y puede superarse mediante la adherencia a las pautas de tratamiento recomendadas (y las cepas de neumonía resistentes a la Amoxicilina siguen siendo raras).

Frente a los riesgos asociados a la resistencia a los antimicrobianos, existen pruebas convincentes de que la gestión de casos a nivel comunitario con antibióticos puede mejorar la calidad y eficiencia de la atención. Dos estudios en Pakistán descubrieron que las tasas de fracaso del tratamiento se redujeron significativamente cuando los trabajadores sanitarios comunitarios trataron la neumonía grave con Amoxicilina oral durante cinco días en casa. Si bien existen peligros de una prescripción excesiva derivada de una falta de control y apoyo a los trabajadores comunitarios, los estudios muestran que estos cumplen con las directrices de

tratamiento en el 92% de los casos de menores, y que los trabajadores que cuentan con formación y apoyo tienen un buen historial en la identificación y el tratamiento de la neumonía infantil. Del mismo modo, los trabajadores comunitarios pueden lograr una mayor coherencia en el tratamiento de la neumonía, la diarrea y el paludismo en comparación con los trabajadores que trabajan en centros de salud. Se estima que el tratamiento comunitario de todos los casos de neumonía infantil podría reducir en un 70% la mortalidad por neumonía en menores de cinco años.

Los fallos más generales del sistema sanitario pueden tener un efecto profundamente perjudicial en las perspectivas de recuperación de los menores con neumonía. Destacan cinco preocupaciones:

- **Falta de antibióticos y otros medicamentos esenciales:** El acceso a los antibióticos es una cuestión de vida o muerte. Las instalaciones de atención primaria deben estar lo suficientemente abastecidas como para satisfacer la demanda de tratamiento de primera línea, comprimidos dispersables con Amoxicilina; contar con instalaciones de mayor nivel abastecidas con antibióticos de segunda y tercera línea y esteroides para abrir las vías respiratorias. Dado que la neumonía a menudo se presenta con otras afecciones, los medicamentos para la diarrea, el paludismo, la rehidratación y la nutrición también son fundamentales.
- **Capacidades de diagnóstico y pronóstico débiles:** La hipoxemia es un riesgo mayor para los menores con neumonía. Los oxímetros de pulso simples, un dispositivo que se puede conectar al dedo de un niño, pueden medir los niveles de oxígeno en la sangre con un alto grado de precisión, sin tomar una muestra de sangre. La dificultad respiratoria también se puede medir con precisión mediante un simple dispositivo de

correa fijado al torso del paciente. Ambos son relativamente baratos (ver Capítulo 4). Tampoco están ampliamente disponibles en entornos de bajos recursos.

- **Escasez de oxígeno:** El oxígeno terapéutico es vital para que los menores lidien con la neumonía grave mientras los antibióticos hacen efecto. Sin embargo, muchos establecimientos sanitarios de nivel primario e incluso terciario carecen de un suministro fiable de oxígeno. Cuando hay oxígeno disponible, a menudo se entrega a través de cilindros pesados cuyo transporte es caro. Por lo general, se agotan pasados dos días de uso y es posible que no haya cilindros de sustitución disponibles. Desprovistos de recursos financieros, muchos de los hospitales de distrito a los que se derivan a los menores con neumonía cobran a los pacientes por los cilindros de oxígeno, una estrategia de financiación que excluye a los pacientes más pobres. Los concentradores de oxígeno, que producen oxígeno extrayéndolo de la atmósfera, ofrecen una alternativa a los cilindros. Las pruebas en Papúa Nueva Guinea revelaron una reducción del 35% en la tasa de mortalidad en menores con neumonía después del uso de concentradores de oxígeno. El problema suele ser la energía. Para hacer oxígeno se necesita una fuente fiable de electricidad, un bien que escasea en muchas instalaciones en los países más castigados por la enfermedad.
- **Sistemas de referencia débiles:** Las intervenciones basadas en la comunidad deben contar con el apoyo de sistemas de remisión eficaces. Cuando la neumonía ataca, puede pasar rápidamente de una afección moderada a grave y potencialmente mortal. Asegurar que los menores sean derivados rápidamente y que los servicios de ambulancia estén disponibles para evitar demoras es algo vital, al igual que disponer de un centro de referencia con los recur-

Los servicios adecuados. Sudán del Sur representa un caso extremo de la iCCM vinculado a una escasa capacidad de remisión (véase el cuadro 12).

- **Cuidado limitado del recién nacido:** El riesgo de mortalidad que representa la neumonía para los recién nacidos solo puede ser abordado por sanitarios capacitados para diagnosticar y tratar los síntomas. Los antibióticos orales e inyectables suministrados a los recién nacidos con síntomas de neumonía pueden reducir la mortalidad neonatal en un 42%.

Los retos en estos cinco ámbitos no pueden abordarse de manera fragmentada. La dependencia excesiva de los programas de salud infantil “verticales” que se centran en enfermedades específicas a través de personal, presupuestos, mecanismos de prestación de servicios y regímenes de capacitación independientes ha dejado un legado de silos del sector en muchos de los países más pobres. Estos silos a menudo reflejan las prioridades de los donantes, más que la necesidad de las familias vulnerables de recibir atención médica integrada. Para los padres cuyos hijos están amenazados por múltiples riesgos de salud que pueden combinar neumonía, desnutrición y diarrea, esto carece de sentido. Por ello, los enfoques integrados que se aplican a través de la cobertura sanitaria universal son la clave del éxito en la lucha contra la neumonía.

FINANCIACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Ninguna enfermedad ilustra con tanta fuerza como la neumonía por qué la cobertura sanitaria universal es tan importante para lograr los ODS en materia de supervivencia infantil. Como dijo el nuevo director General de la Or-

ganización Mundial de la Salud: “La cuestión clave de la cobertura sanitaria universal es la ética... ¿Queremos que nuestros conciudadanos mueran porque son pobres?”. Esa pregunta resuena particularmente en relación a la neumonía, ya que los que mueren son en su mayoría niños pobres.

La cobertura sanitaria universal se basa en un conjunto de principios básicos, entre los que se incluyen la idea de obligaciones mínimas, la realización progresiva en el tiempo, la rentabilidad, la toma de decisiones compartidas y el acceso a grupos marginados. La puesta en práctica de estos principios requiere estrategias de salud orientadas a las circunstancias reales de los países con diferentes niveles de ingresos y diferentes capacidades institucionales.

Para los países más pobres, el reto inmediato de la cobertura sanitaria universal consiste en elevar el nivel de la provisión básica al tiempo que se fortalece la equidad. El alcance de ese reto no debe subestimarse. Todos los días, un cuarto de millón de personas se ven obligadas a vivir en la pobreza como resultado de los gastos directos. Muchos más retrasan el tratamiento o no buscan atención médica porque no pueden pagar los costes. Se calcula que unos 400 millones de personas en el mundo carecen actualmente de acceso a la atención sanitaria, entre ellos muchos de los padres y madres de los menores que mueren de neumonía.

La cobertura sanitaria universal es mucho más que financiación, si bien es fundamental que esta financiación sea adecuada. Ofrecer una infraestructura sanitaria necesaria para prestar atención sanitaria básica universal requiere una inversión per cápita media de 86 dólares. En la tabla 4 se muestra hasta qué punto la mayoría de los países que padecen brotes graves de neumonía se hallan lejos de ese nivel de inversión. La mayoría gastan mucho menos de 30 dólares, siendo tan solo 7 los que se invierten en la República Democrática del Congo.

El resultado de la insuficiencia del gasto público es la transferencia de la responsabilidad financiera a los hogares mediante pagos directos. En efecto, se trata de un sistema de tributación regresiva, ya que los pobres tienen que pagar una mayor parte de sus ingresos para obtener tratamiento. Las directrices de la OMS sugieren que los gastos directos no deberían representar más del 15 - 20% de la financiación sanitaria. En el caso de la India, los hogares financian dos tercios del gasto total en salud, que asciende a más del 70% en Nigeria. Esta situación ayuda a explicar por qué tantos casos de neumonía no reciben tratamiento o reciben tratamiento tardío. Los padres y madres más pobres a menudo no pueden pagar el coste de la atención sanitaria.

No existen reglas simples para determinar la proporción del PIB necesaria para financiar la cobertura básica universal. Una estimación para los países en desarrollo más pobres sugiere que se necesita alrededor del 5% del PIB como gasto público para prestar un paquete de servicios básicos que llegue al 90% de la población. Esto representa más del doble de los actuales niveles de gasto medio de los países con ingresos más bajos y tres veces más que en los países de ingresos medio-bajos. El bajo nivel de gasto público en sanidad registrado en muchos países más afectados por la neumonía contribuye a explicar los fallos del sistema de salud documentados en este informe. La India dedica solo el 1,4% de su PIB a sanidad y Nigeria el 0,9%. Por el contrario, la mayoría de los países de la OCDE tienen una dependencia más limitada de los pagos directos y dedican, en promedio, el 6,5% del PIB a la atención financiada con fondos públicos. En el cuadro 13 se recogen las consecuencias humanas de una inversión insuficiente en el sistema sanitario de la India y su efecto en el fortalecimiento de las desigualdades sociales.

Las cifras de financiación principal subestiman la magnitud del déficit de financiación. Los re-

ursos en muchos países están fuertemente sesgados hacia los centros de salud de nivel superior, y lejos de las clínicas de nivel primario que atienden a las personas con menos recursos.

El impacto del gasto global en los resultados sanitarios está mediado por la eficiencia y equidad del gasto. Algunos de los mayores impactos potenciales en enfermedades como la neumonía se registran cuando los recursos financieros se destinan a la prestación gratuita de atención primaria de calidad in situ. Uno de los aspectos más preocupantes de los presupuestos de la sanidad en muchos de los países más afectados es la combinación de la falta de financiación y la ineficiencia.

El reciente análisis de la OMS sobre la financiación pública de la sanidad en el África subsahariana es revelador. Tras examinar la parte correspondiente a la sanidad en los presupuestos nacionales para 2007/2014 en relación con el período 2000/2006, se determinó que un amplio grupo de países (entre ellos Chad, Mozambique, Zambia y Senegal) concede menos prioridad a la atención primaria. Los recursos en muchos países se orientaban mayormente hacia la atención más especializada; la mayoría de los gobiernos gastaban menos del 40% del presupuesto de salud en atención primaria. El gasto medio per cápita fue tres veces mayor en atención no primaria que en los servicios primarios y preventivos, y los hospitales solían recibir entre el 40 y el 60% del presupuesto. Además, países como la República Democrática del Congo, Guinea, Chad, Kenia y la República Democrática del Congo cerraron el ejercicio económico con un gasto de entre una cuarta parte y la mitad de sus presupuestos en sanidad. La falta de movilización de recursos, la falta de una asignación equitativa en los diferentes niveles del sistema sanitario y el hecho de que no se gasten los recursos resulta indefendible cuando hay niños que mueren de enfermedades mortales como la neumonía.

TABLA 4_ FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN LOS PAÍSES MÁS CASTIGADOS POR LA NEUMONÍA

País	Gasto en salud pública per cápita en dólares	Gasto en salud pública en % del PIB	5% del PIB como gasto en salud pública equivaldría a \$ per cápita por año	Gastos directos per cápita en dólares	Porcentaje del gasto directo en el gasto total en salud
Afganistán	20	2,9%	30,60	36	63,9%
Angola	115	2,1%	235,47	43	24,0%
Bangladés	9	0,8%	54,23	21	67,0%
Benin	19	2,3%	47,18	15	39,1%
Burundi	11	4,0%	15,64	5	21,0%
Camerún	13	0,9%	72,06	39	66,3%
Chad	20	2,0%	51,30	15	39,2%
Costa de Marfil	26	1,7%	78,50	45	50,8%
Etiopía	16	2,9%	28,56	9	32,3%
Filipinas	46	1,6%	142,15	73	53,7%
Guinea	15	2,7%	28,05	14	45,3%
Guinea-Bissau	8	1,1%	32,13	18	49,5%
Guinea Ecuatorial	511	2,9%	950,13	134	20,1%
Haití	13	1,6%	41,51	21	34,8%
India	23	1,4%	78,66	47	62,4%
Indonesia	38	1,1%	174,58	47	46,9%
Lesoto	80	8,1%	58,74	17	16,5%
Mali	11	1,6%	41,28	23	47,7%
Mozambique	24	3,9%	31,16	4	9,5%
Niger	13	3,2%	21,53	8	34,3%
Nigeria	30	0,9%	161,08	84	71,7%
Pakistán	13	0,9%	65,85	20	56,3
República Centroafricana	8	2,1%	18,86	7	46,2%
RDC	7	1,6%	23,08	7	38,8%
Sierra Leona	15	1,9%	35,42	52	61,0%
Somalia	–	–	20,89	–	–
Sudán	28	1,8%	108,84	98	75,5%
Sudán del Sur	12	1,1%	57,59	16	54,2%
Tanzania	24	2,6%	47,52	12	23,2%
Uganda	13	1,8%	35,96	21	41,0%

Fuente: Datos del Banco Mundial.

CUADRO 12_ SUDÁN DEL SUR: EN PRIMERA LÍNEA CONTRA LA NEUMONÍA

En la región de Kapoeta Norte, de Sudán del Sur, la sequía y los conflictos han interrumpido la producción de alimentos y exacerbado una pobreza ya de por sí grave. Los menores corren un mayor riesgo de contraer neumonía.

Los trabajadores comunitarios de salud se encuentran en la primera línea en la lucha contra la neumonía y otras enfermedades. Cuando los trabajadores sanitarios de la comunidad diagnostican casos de neumonía infantil, los remiten al centro de atención primaria de la salud. Los voluntarios trabajan en el marco de un programa integrado de gestión comunitaria financiado en parte por UK Aid que lleva a cabo Save the Children. Con altos niveles de analfabetismo en la zona, se ha adaptado el material de formación para identificar los síntomas asociados con el paludismo, la neumonía y la diarrea.

Uno de los casos tratados en un centro de atención primaria que Save the Children apoya es útil para resumir el entorno operativo. Hakaroom, una niña de un año, fue trasladada al centro en agosto de 2017 en un estado de dificultad respiratoria, deshidratación y fiebre. Con carencia de oxígeno, el personal médico la trató con antibióticos y líquidos. Afortunadamente, se recuperó.

La historia de Hakaroom es habitual. Pero hay muchos otros menores que no son tan afortunados. Al igual que Hakaroom, los menores que acuden al centro de salud con neumonía por lo general ya presentan síntomas avanzados y corren un riesgo mucho mayor. Los padres suelen retrasar la petición de ayuda. Cabe la posibilidad de que los síntomas de la neumonía se hayan diagnosticado incorrectamente en un principio. Las largas distancias desde el centro de salud se suman a los retrasos en el tratamiento.

A otros niños y niñas de Kapoeta Norte solo se les diagnostica neumonía cuando los trasladan a un centro de estabilización de Save the Children para recibir tratamiento contra la desnutrición. En 2017, el centro de nutrición ha experimentado un pico en los casos de neumonía infantil. En el punto álgido de la sequía, el centro (que atiende a una población de 110.000 personas diseminadas en un área extensa) trataba entre 10 y 20 casos de neumonía todos los días.

Para niños como Hakaroom con neumonía grave, el director médico del centro de atención primaria, el Dr. Muorwel Dhol, considera que la ausencia de tratamiento con oxígeno es el mayor riesgo. “Si tuviéramos oxígeno no perderíamos a ningún menor por causa de la neumonía”, dijo. “Pero tener acceso a oxígeno no es algo sencillo. Hay generadores locales, pero no podemos permitirnoslos”.

Hakaroom, de un año de edad, fue tratado con éxito de neumonía grave.

FOTO: Martin Kharumwa / Save the Children



CUADRO 13_ DIAGNÓSTICO DEFICIENTE Y AUSENCIA DE MEDICAMENTOS: UNA COMBINACIÓN FATAL

Nacida en el seno de una familia que vive en un pueblo remoto del estado indio de Uttar Pradesh, Sudama tiene la suerte de estar vivo. Al igual que uno de cada cinco menores de la India, solo pesó 2,5 kg al nacer. Aunque nació en centro de salud, no fue amamantada hasta pasadas diez horas y no le realizaron ningún examen médico durante un mes.

Justo después de su primer cumpleaños, Sudama contrajo una fuerte tos. Su madre la trató con vapor y una medicina tradicional. Su estado empeoró y desarrolló dificultades para respirar. Después de cuatro días comenzó a vomitar y su familia la llevó a un centro de salud comunitario.

A Sudama le diagnosticaron neumonía, pero el centro no tenía antibióticos, así que sus padres compra-

ron los medicamentos en una tienda médica privada. Después de tres días su estado todavía no había mejorado. Los trabajadores sanitarios de primera línea no realizaron ningún tipo de seguimiento. Alarmados por el empeoramiento de Sudama, sus padres la llevaron a un médico privado que le proporcionó medicamentos. Sudama, que ahora tiene dieciocho meses de edad, se ha recuperado por completo.

El caso de Sudama pone de manifiesto los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario indio. El médico de la clínica determinó que la escasez de ambulancias, oxígeno y medicamentos básicos (incluida la Amoxicilina) son problemas importantes, junto con la ausencia de instalaciones básicas de laboratorio. Se trata de preocupaciones generalizadas en todas las instalaciones de salud primaria.

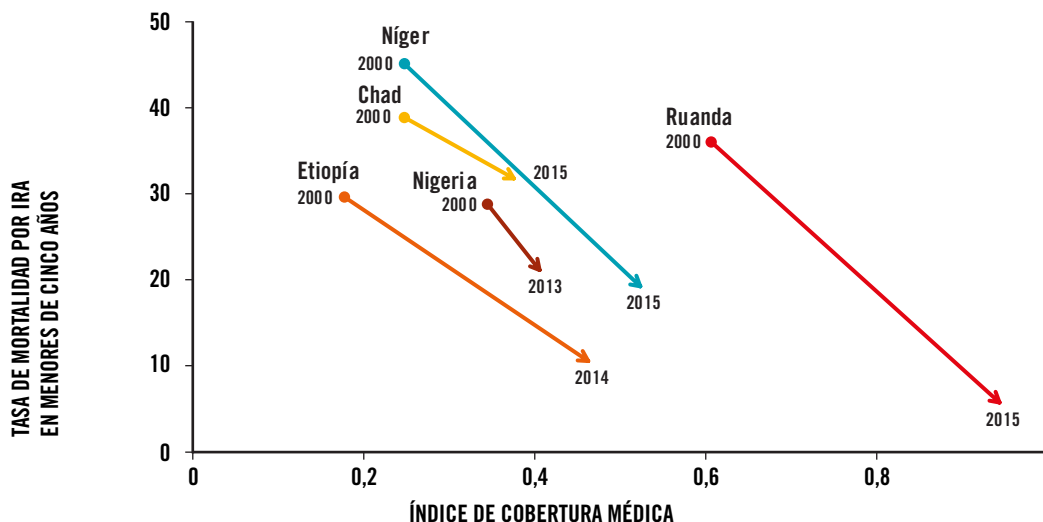
La fuerte asociación entre la reducción de las muertes por IRA y la mejora del acceso a los servicios de salud se ilustra en el Gráfico 16, utilizando un índice compuesto que incluye las tasas de asistencia calificada durante el parto y las tasas de vacunación como indicadores sustitutos de la cobertura de salud. Ejercicios como este son parciales en el sentido de que no captan la calidad de la cobertura (y asociación no es lo mismo que causalidad). Aun así, señalan algunas de las condiciones críticas del sistema de salud para lograr una inversión pública que tenga un impacto elevado.

La comparación entre Níger y Chad ilustra la relación entre la cobertura de la atención sanitaria y sus resultados. Aunque Chad tiene un PIB más alto, Níger tiene una tasa de mortalidad por IRA un 40% más baja, y la brecha se está ampliando. La tasa de mortalidad por IRA en Níger disminuyó en más del 57% en los últimos 15 años, en comparación con una disminución de solo el 18% en Chad. Un factor importante que ha contribuido al éxito de Níger ha sido la rápida expansión del acceso a los servicios sanitarios, incluida la atención gratuita para las mujeres embarazadas y los menores.

La financiación también tiene consecuencias para la prestación de asistencia sanitaria básica. A falta de un aumento del gasto, no será posible contratar a los 18 millones de trabajadores sanitarios adicionales que, según las estimaciones de la OMS, se necesitan en los países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, hay pruebas preocupantes de que el gasto público en salud se está estancando como porcentaje del PIB en muchos países en desarrollo, en parte debido al deseo de aumentar la inversión en infraestructura y otras áreas consideradas más favorables para el crecimiento económico. Puede que Esos esfuerzos estén mal dirigidos. Según la Comisión Lancet, alrededor de una cuarta parte del crecimiento económico registrado entre 2000 y 2011 fue resultado directo de las mejoras en sanidad, y las inversiones en este campo tienen el potencial de generar un rendimiento de entre 9 y 24 dólares por cada dólar invertido.

GRÁFICO 16 LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE LA REDUCCIÓN DE LAS MUERTES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y LA MEJORA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE CINCO AÑOS VS. ÍNDICE DE COBERTURA SANITARIA

Las flechas muestran el cambio en el Índice de Cobertura Sanitaria entre 2000 y 2015* en los países de ingresos bajos y medios.



* Año de inicio y fin exacto según los datos disponibles. Se han omitido los países que no disponían de datos antes de 2005 y después de 2010.

Datos: OMS y Banco Mundial.

MITIGACIÓN DE LOS RIESGOS DE FONDO, INCLUIDA LA DESNUTRICIÓN Y LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA DOMÉSTICA

Las intervenciones sanitarias serán más eficaces en entornos en los que los gobiernos también mitiguen los riesgos de fondo. La lucha contra la desnutrición puede multiplicar los beneficios de las inversiones para combatir la neumonía, y cada vez hay más pruebas de que los países demuestran que un avance rápido es posible.

Senegal es un ejemplo de ello. Desde el año 2000, el país ha reducido en más de un tercio los niveles de retraso en el crecimiento (de más del 30% al 19%). Las políticas de primera línea para lograr esta transformación han incluido el apoyo nutricional focalizado a las comunidades en situación de riesgo, incluidos los micronutrientes en polvo, el fomento de la lactancia materna y las transferencias monetarias condicionales, mediante las que los hogares reciben ayudas si llevan a sus niños

y niñas a las clínicas de salud para que reciban controles y tratamientos nutricionales. Se han desplegado más de 10.000 voluntarios y también han participado el gobierno local, las asociaciones de aldeas y los clubes de mujeres embarazadas. Pero el catalizador fundamental del cambio ha sido el papel de los sucesivos gobiernos para que la nutrición ocupe un lugar central en la agenda política nacional, con una unidad de coordinación interministerial en la oficina del primer ministro.

Este no es un ejemplo aislado. En Perú, la tasa de retraso en el crecimiento se redujo a la mitad entre 2007 y 2015 tras una iniciativa presidencial y la creación de una plataforma interministerial que supervisaba las intervenciones en sanidad, nutrición y transferencia de efectivo. Mientras que India tiene un historial débil de retraso en el crecimiento, los estados, y en particular Maharashtra, han demostrado que se puede acelerar el progreso.

Otros países, desde Brasil hasta Ghana y Kenia, han demostrado, ya sea a nivel nacional o subnacional, que es posible reducir rápidamente el retraso en el crecimiento. En cada

caso se observa la misma relación de políticas públicas. Entre ellas figuran establecer objetivos creíbles y respaldarlos con compromisos financieros, una coordinación eficaz y una combinación de intervenciones dirigidas a los grupos desfavorecidos. Si bien los costes de la intervención son reales, también lo son los beneficios potenciales de gastar en nutrición: 16 dólares por cada dólar invertido, según una estimación.

El liderazgo nacional y las intervenciones a nivel comunitario que han movido la esfera de la desnutrición también pueden reducir los riesgos de fondo. Las transiciones prematuras desde la lactancia materna contribuyen directamente a las muertes por neumonía, pero la disminución persistente de la lactancia materna en muchos países ha creado la impresión de que los gobiernos pueden hacer poco para influir en las decisiones maternas.

Esa impresión es profundamente engañosa. Varios países han informado de marcados aumentos en la lactancia materna. Por ejemplo, Burkina Faso, Guinea Bissau y Sierra Leona lograron avances de más de 20 puntos porcentuales en cinco años. En todos los casos, el cambio de comportamiento se ha producido tras intensas campañas de información realizadas a través de líderes comunitarios, trabajadores sanitarios y gobiernos locales. Limitar las prácticas de comercialización de sucedáneos inapropiados de leche materna también supone una diferencia. Una prueba de ello es India, que ha introducido una legislación nacional estricta basada en el Código de la OMS sobre la comercialización de productos sustitutos de la leche materna, lo cual demuestra que las empresas cumplen cuando la ley es clara y se hace cumplir.

Otra prioridad es hacer frente a la contaminación atmosférica doméstica, que es una fuente importante de infecciones por neumonía. La pobreza limita las opciones energéticas de los

hogares más pobres, pero estas pueden ampliarse. El combustible y las estufas de cocina ecológicas y limpias pueden mejorar la eficiencia del combustible y reducir la contaminación, ahorrando potencialmente tiempo y dinero. Mientras tanto, el Panel para el Progreso de África dirigido por Kofi Annan, ex Secretario General de las Naciones Unidas, ha destacado el potencial de las nuevas tecnologías solares fuera de la red para transformar las opciones energéticas de los hogares rurales. Estas tecnologías pueden salir rentables tras un corto período de tiempo reduciendo el coste del carbón vegetal y otros combustibles.

DESARROLLO DE PLANES DE ACCIÓN CONTRA LA NEUMONÍA

Aunque que la gestión de casos de neumonía no se puede tratar de forma aislada, las estrategias de salud deben abordar los desafíos específicos de diagnóstico y tratamiento que plantea la enfermedad. Con algunas notables excepciones, pocos países con una elevada carga de trabajo han desarrollado estrategias creíbles contra la neumonía. Esto es a pesar de las mortíferas consecuencias de la enfermedad.

No hay ningún mapa que guíe al éxito. El Plan de Acción Global para prevenir la Neumonía y la Diarrea (GAPPD) ha identificado una serie de intervenciones rentables, y el marco ha recibido una aprobación mayoritaria. Sin embargo, que se haya aprobado rara vez se traduce en compromisos de inversión, capacitación y entrega necesarios para salvar vidas. La brecha entre las declaraciones políticas y los resultados se refleja en los lentos avances registrados en muchos países.

Hay lecciones que hemos de extraer de la experiencia de los países. Etiopía es líder mundial

en la reducción de las muertes por neumonía; las muertes se redujeron al 7% anual entre 2000 y 2015. El análisis de las causas subyacentes muestra que alrededor de la mitad de la reducción podría atribuirse a mejoras en nutrición infantil, vinculadas a su vez a la ampliación de los programas comunitarios de salud y al crecimiento económico. La vacunación contribuyó con el 30% de la reducción, y el tratamiento con antibióticos al 20%. Ejercicios de desagregación como este pueden ayudar a proporcionar una guía para los responsables de la formulación de políticas.

Con vistas al futuro, Etiopía podrá lograr mayores reducciones en las tasas de mortalidad ampliando el acceso a los antibióticos. En 2015, solo el 31% de los menores con síntomas de neumonía recibieron tratamiento con antibióticos. Uno de los problemas identificados por los analistas de políticas sanitarias fue la falta persistente de suministro de Amoxicilina para tratar la neumonía. Se desarrollaron nuevas herramientas de pronóstico para identificar los costes de las necesidades de medicamentos en el sector público para tratar los 7 millones de casos de neumonía previstos para el período 2017-20.

En Tanzania, un ejercicio paralelo estimó que se necesitarían alrededor de 1,1 millones de dólares para tratar 2,4 millones de casos en 2017-18, menos de 1 dólar para una inversión que podría salvar vidas. Se necesitan medidas comparables para abordar la escasez de oxígeno y herramientas de diagnóstico.

Al mismo tiempo, las estrategias sanitarias deben ir más allá de la financiación y la tecnología y centrarse en los más vulnerables. Los niños y niñas que viven en hogares pobres, los miembros de grupos étnicos minoritarios desfavorecidos y los que viven en zonas aisladas no se beneficiarán de los sistemas de salud que no aborden los problemas de equidad subyacentes. Además, las estrategias sanitarias de-

ben apoyarse en medidas destinadas a reducir los riesgos de fondo que agravan las desigualdades sociales.

El desarrollo de planes de acción contra la neumonía proporcionaría a los gobiernos un vehículo para establecer una hoja de ruta estratégica clara, comprometerse con los asociados y lograr el cambio. Esos planes podrían marcar una diferencia en tres esferas fundamentales:

En primer lugar, brindarían a los dirigentes políticos la oportunidad de poner la neumonía en el mapa. Establecer la enfermedad como una prioridad no solo para los responsables de planificación sanitaria, sino también para el gobierno, enviaría una señal política clara. La importancia de esa señal es difícil de exagerar. Mirando a través de la experiencia de muchos países, es difícil evitar llegar a la conclusión de que las élites siguen considerando la neumonía como una enfermedad de los pobres de la que pueden aislarse y a la que pueden tratar con indiferencia. El hecho de que el asesino número uno de niños y niñas en tantos países sea tan notorio por su ausencia en las declaraciones de los líderes políticos ya nos dice algo.

En segundo lugar, los planes de acción sobre la neumonía proporcionarían una plataforma para establecer metas coherentes con los objetivos de desarrollo sostenible. Afirmar que el objetivo de reducir las muertes a 3/1.000 nacidos vivos serviría de guía para las políticas. Como parte de este compromiso, todos los países más afectados deben realizar un seguimiento e informar sobre los progresos realizados en la reducción de las muertes por neumonía. De hecho, los indicadores del tratamiento de la neumonía deberían establecerse como puntos de referencia clave para el desempeño del sistema de salud.

En tercer lugar, un objetivo nacional valiente pondría la atención en la equidad. Ningún país

podrá alcanzar la meta de 3/1.000 personas sin identificar a los menores en mayor riesgo, sin trazar un mapa de las brechas en el acceso al sistema de salud, y sin establecer estrategias para dirigirse a las poblaciones desfavorecidas.

Los planes de acción eficaces para la neumonía también enmarcarían la estrategia para traducir los compromisos políticos en resultados, especificando las necesidades de inversión y los mecanismos de ejecución para obtener resultados. Los elementos clave incluirían:

- **Información para el empoderamiento:** Permitir que los padres y cuidadores identifiquen los síntomas de la neumonía y comprendan que el tratamiento es vital. Las campañas de información de alto perfil que utilizan tecnologías móviles y otros vehículos podrían desempeñar un papel central en el aumento de la concienciación y el empoderamiento de las mujeres, en particular para que tomen decisiones informadas sobre la atención de la salud en nombre de sus hijos.
- **Formación de trabajadores sanitarios comunitarios:** Los sistemas de salud deben seguir ampliando su alcance y ofrecer una cobertura universal. Aumentar el número de trabajadores de salud capacitados en AIEPI representa una primera línea de defensa, y es esencial que las comunidades que no tienen otro acceso a la atención reciban formación y estén equipadas para combatir la neumonía. Como primera línea de defensa, los trabajadores comunitarios necesitan las habilidades y herramientas diagnósticas necesarias para observar señales de alerta temprana y salvar vidas. Asegurar que la capacitación en iCCM incluya un diagnóstico detallado de la neumonía y que los trabajadores sanitarios reciban apoyo habitual en el servicio podría fortalecer la primera línea de defensa contra la neumonía.
- **Asegurar la disponibilidad de antibióticos:** No hay sustituto para el tratamiento con antibióticos. Los planes de acción contra la neumonía deben evaluar la demanda y asegurarse de que las instalaciones locales estén bien abastecidas, con personal sanitario capacitado y autorizado para administrar Amoxicilina a un nivel adecuado.
- **Equipar las instalaciones con herramientas de diagnóstico y pronóstico y equipos terapéuticos:** Los oxímetros de pulso deben estar disponibles en todas las instalaciones primarias, con instalaciones de referencia bien abastecidas con tratamiento de oxígeno.
- **Participación del sector privado:** Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar que todos los niños y niñas tengan acceso a un tratamiento eficaz contra la neumonía, pero el sector privado es fundamental para la adquisición, distribución y suministro de oxígeno a bajo coste, el desarrollo de soluciones innovadoras como las cocinas de combustible limpio, la información y la formación.
- **Fortalecimiento de datos:** Se sabe muy poco sobre la incidencia de la neumonía o el perfil de sus víctimas. Las nuevas herramientas de recopilación de datos permiten generar información detallada de las aldeas, clínicas y dispensarios, así como de los hospitales. Esta información es vital para una mejor planificación, eficiencia y equidad.
- **Creación de sistemas de referencia eficaces:** Una gestión eficaz con respecto a la comunidad depende de los vínculos entre el personal sanitario de las aldeas y los centros de atención primaria de la salud y los centros de remisión de nivel superior. Los planificadores de salud deben supervisar estos enlaces para asegurar que los

menores en riesgo no sufran demoras prolongadas en el tratamiento.

- **Eliminar los obstáculos a la equidad, incluidos los costes de usuario:** La eficacia en la gestión de los casos de neumonía depende de que los niños vulnerables tengan acceso a la sanidad y que sus padres y madres reciban la atención adecuada. Los costes por tratar la neumonía siguen excluyendo o privando a muchos menores del tratamiento. Las consecuencias suelen ser mortales.

Abdigafar, de seis meses de edad, de Wajir, Kenia, fue remitido al hospital por un trabajador comunitario de Save the Children. Fue tratado con éxito por neumonía grave y se recuperó completamente.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children

La diversidad, escala y complejidad de las intervenciones necesarias para reducir la neumonía hacen que las respuestas políticas conjuntas sean de gran importancia. Incluso las mejores políticas de salud no alcanzarán su potencial si no cuentan con el respaldo de intervenciones que reduzcan los riesgos que implican la desnutrición, las malas prácticas de lactancia materna y la contaminación atmosférica doméstica, y viceversa. En el presente informe se ofrece una guía sobre los mecanismos de gobierno necesarios para lograr un gran avance. Los planes de acción exitosos para la neumonía se caracterizarán por estrategias coordinadas entre los ministerios competentes, en las que los dirigentes políticos se involucrarán personalmente.



4 De lo local a lo global: el papel vital de la cooperación internacional

PUNTOS CLAVE

- *Existe la oportunidad de lograr la inmunización universal contra la neumonía en los próximos cinco años.*
- *Se espera que la demanda de los países aptos para el apoyo de Gavi aumente de alrededor de 150 millones de dosis en 2016 a 180 millones de dosis en 2020 y 260 millones de dosis en 2026.*
- *Es fundamental reducir los precios de las vacunas mediante una combinación de apoyo a la investigación y el desarrollo, inversiones en nuevas tecnologías, aumento de competencias, economías de escala en las compras y financiación de la ayuda.*
- *A pesar de la magnitud de la crisis mundial de la neumonía, la enfermedad recibe poca atención de los donantes de ayuda. La financiación de la ayuda sigue siendo limitada, lo que a su vez ha frenado el ritmo al que llegan las intervenciones que pueden salvar las vidas de niños y niñas en riesgo.*
- *Hay una necesidad urgente de movilizar los recursos, crear asociaciones y estimular las innovaciones que podrían revolucionar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía en primera línea.*
- *Las emergencias humanitarias elevan los riesgos de neumonía. Habida cuenta de que las crisis humanitarias son cada vez más prolongadas, es necesario pasar de la financiación a corto plazo a la financiación multianual.*
- *La neumonía debe ocupar un lugar más destacado en la agenda internacional.*

La fecha límite de 2030 para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible está mucho más allá del horizonte de los líderes políticos, ministros de finanzas y responsables de planificación sanitaria del mundo. Es posible que algunos gobiernos se hayan adherido a los ambiciosos objetivos establecidos sabiendo que no se les exigirá que rindan cuentas. Sin embargo, rendir cuentas es importante, y rendir cuentas ante los niños debe situarse en el centro del sistema de presentación de informes de los ODS.

El compromiso de poner fin a las muertes infantiles evitables antes de 2030 representa un

compromiso solemne de la comunidad internacional. Las decisiones que se tomen en los próximos años sobre la neumonía determinarán si esa promesa se cumple o no.

La comunidad internacional tiene que desempeñar un papel vital para salvar el compromiso de los ODS. Los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad de crear un entorno propicio para que las intervenciones contra la neumonía tengan éxito. Sin embargo, los gobiernos nacionales que actúen solos fracasarán. Algunos de los obstáculos que impiden acelerar el progreso en la reducción de las muertes por neumonía solo se pueden eliminar mediante la

cooperación internacional y la acción multilateral en favor de los más pequeños. El alto precio de las vacunas identificadas en el Capítulo 2 es un buen ejemplo de ello. Otros obstáculos se relacionan con la financiación de los sistemas de salud, las distorsiones asociadas con las prioridades sanitarias de los donantes, y el ritmo del desarrollo y la transferencia de tecnología.

En este capítulo, examinamos algunas de las áreas clave en las que el fortalecimiento de la cooperación internacional podría cambiar la tendencia de la mortalidad por neumonía. Muchos de los desafíos que deben abordarse reflejan los que han obstaculizado el progreso a nivel nacional. La neumonía es una causa que carece de defensores internacionales. Está en gran medida ausente del programa de desarrollo mundial. La enfermedad no figura en los debates de las reuniones anuales del FMI-Banco Mundial, el G7 o el G20. Mientras que las alianzas técnicas en las Naciones Unidas generan análisis de alta calidad y planes de acción prácticos, la neumonía (una enfermedad que mata a 2.500 niños y niñas cada día) es invisible a todos los efectos prácticos.

DESPERTAR EL PODER DE LA PREVENCIÓN

“El arte supremo de la guerra”, escribió el estratega militar chino y filósofo Sun Tzu, “es someter al enemigo sin luchar”. El mismo principio se aplica a la neumonía. Tanto a nivel nacional como mundial, la lucha contra la enfermedad a través del tratamiento es menos eficaz, y más costosa, que el sometimiento de la enfermedad a través de la prevención que comporta la vacunación. La cooperación internacional para ampliar la inmunización contra la neumonía ya ha salvado muchas vidas. Ahora existe la oportunidad de seguir adelante y lograr la inmunización universal contra la neumonía en los próximos cinco años.

La cooperación multilateral en materia de vacunas ha sido un éxito extraordinario. Gavi ha proporcionado el vehículo a través del cual casi 500 millones de niños y niñas han sido inmunizados, evitando 9 millones de muertes en el proceso. La inmunización ha contribuido a una drástica disminución de las muertes por sarampión, de 500.000 en 2000 a menos de 100.000 en la actualidad, y de la tosferina. Ambas enfermedades son una causa común de neumonía bacteriana, por lo que su disminución se ha asociado con menos muertes por neumonía.

Gavi se ha creado para extender las vacunas disponibles a los niños que no recibían tratamiento. Creada como una asociación público-privada única que reúne a gobiernos, donantes, agencias de las Naciones Unidas, compañías farmacéuticas y la sociedad civil, la asociación eliminó muchos de los cuellos de botella financieros y de distribución que excluían a los niños de las vacunas identificadas en un Programa Ampliado de Inmunización. Durante el período 2016-20, Gavi se propone llegar a otros 300 millones de niños y niñas, lo que podría salvar entre 5 y 6 millones de vidas.

Como se esboza en el Capítulo 2, Gavi ya ha hecho una contribución importante en la lucha contra la neumonía. Más de 109 millones de niños en 57 países habían sido vacunados contra la enfermedad neumocócica a finales de 2016, lo que elevó las tasas de cobertura en los países respaldados por Gavi al 41% (un aumento de seis puntos porcentuales con respecto a 2015). La introducción de estas vacunas fue posible principalmente a través de la línea Compromiso Anticipado de Mercado (AMC), un fondo de financiación de 1.500 millones de dólares financiado por el Reino Unido, Italia, Rusia, Noruega y la Fundación Bill & Melinda Gates.

Aunque los avances en la reducción de las muertes por neumonía han sido demasiado lentos, habrían sido mucho más lentos si Gavi

no llegase a intervenir. En 2015 se evitaron entre 6 y 7,5 millones de casos de neumonía como resultado de la vacunación con respaldo de Gavi. Para 2020, se espera que la inmunización PCV en los países de Gavi evite entre 80.000 y 150.000 muertes al año. La financiación a través de Gavi ha hecho posible que los países actúen de acuerdo con la recomendación de la OMS de 2007 de que se introduzcan los PCV en los programas nacionales de inmunización. Lo que antes se consideraba una vacuna costosa pasó a ser accesible para un gran grupo de países, como resultado de la reducción de los precios garantizados y la financiación de la ayuda.

La aptitud para el apoyo de Gavi está determinada por los indicadores nacionales de ingresos. Los países pueden solicitar apoyo si su ingreso per cápita es inferior a 1.580 dólares. Cuando los países superan este umbral, entran en un período de transición gradual durante el cual se responsabilizan de autofinanciar sus programas de inmunización. Existe una disposición especial en virtud de la cual los países elegibles para el apoyo de Gavi en 2009, cuando se creó el AMC, todavía pueden acceder a los precios de Gavi. Por otra parte, los países en transición que no habían solicitado anteriormente el apoyo PCV pueden solicitarlo: Indonesia y Vietnam entran en esta categoría.

Las empresas farmacéuticas han desempeñado un papel fundamental en el apoyo a los esfuerzos internacionales de inmunización. Gavi ha destinado 1.000 millones de dólares para la compra de PCV adquiridos a través del AMC a dos empresas. GSK proporciona una vacuna de 10 valencias (PCV-10), mientras que Pfizer proporciona una vacuna de 13 valencias (PCV-13). Ambas compañías han reducido los precios con el tiempo, a 3,05 dólares en 2017. Las reducciones de precios desde 2010 han supuesto un ahorro aproximado de 470 millones de dólares. El hecho de que PCV-10 y PCV-13 estuvieran disponibles en algunos de los países

más pobres del mundo justo un año después de su introducción en los países ricos es un indicador del éxito por derecho propio: la introducción de la vacuna Hib tardó ocho años, por ejemplo.

Las empresas han tomado importantes medidas para respaldar la ampliación del acceso a PCV y otras vacunas. En 2015, GSK dio el importante paso de comprometerse a congelar los precios para los países en transición que salieron del apoyo de Gavi durante diez años, un compromiso al que se sumó Pfizer. En septiembre de 2016, ambas compañías acordaron extender los precios de Gavi a la sociedad civil y a las organizaciones de la ONU que trabajasen en países no pertenecientes a Gavi y que afronten emergencias humanitarias, extendiendo la protección a poblaciones altamente vulnerables de refugiados y desplazados. Un Índice de Acceso a Vacunas que mide el desempeño corporativo en tres áreas (investigación y desarrollo, fijación de precios, fabricación y suministro) clasificó a GSK como la empresa de mejor desempeño en las tres áreas en 2017.

PRECIOS ADECUADOS

Reconocer los logros reales de Gavi no resta importancia a los retos igualmente reales que se avecinan. A falta de reformas fundamentales que hagan que las PCV sean asequibles para más países, el poder de la prevención solo se hará realidad parcialmente. Por supuesto, los bajos precios no invalidarán el hecho de que los gobiernos nacionales no desarrollen su infraestructura de inmunización, pero los precios actuales limitarán la demanda y la cobertura. También existe el peligro real de que la escasez de oferta incremente la presión sobre los precios en los próximos años.

A pesar de las recientes reducciones de precios, PCV sigue siendo la vacuna más cara en la cartera de Gavi. Por otra parte, como se

muestra en el Capítulo 2, los precios de los países no pertenecientes a la Gavi registran una fuerte subida de precios. Esto refleja las políticas de “fijación de precios escalonados” de las empresas farmacéuticas. Los países Gavi están en el nivel inferior de una pirámide de precios. Ni GSK ni Pfizer revelan completamente los precios cobrados a niveles más altos, si bien el ingreso nacional, la cobertura de la población objetivo, la duración del contrato y los volúmenes de compra comprometidos, dan una idea de la fijación de precios. Las compañías también calibran los niveles de precios para asegurar un margen de ganancia promedio.

Es intrínsecamente difícil establecer el precio justo de la PCV, y además esa tarea está fuera del alcance de este informe. Las empresas productoras señalan que las vacunas neumocócicas conjugadas requieren procesos de fabricación complejos. Implica añadir serotipos específicos a una tira de proteína. Pfizer informa que PCV-13 requiere 400 materias primas diferentes, 580 pasos de fabricación y 678 pruebas de calidad. A pesar de invertir en nuevas instalaciones de producción para satisfacer la demanda de Gavi, la empresa tardó cinco años en producir suficiente oferta.

Demostrar este argumento es una tarea que se ve dificultada por los déficits de información. Ni GSK ni Pfizer revelan sus costes de producción o, más allá de las provisiones de Gavi, los precios cobrados en mercados específicos (y además no existen las auditorías independientes). Dado el nivel de fondos públicos destinados a la compra de PCV a través de las dos empresas (de 1.000 millones de dólares hasta finales de 2016) existe un argumento convincente a favor de una mayor transparencia.

Determinar el alcance de las reducciones de precios es igualmente difícil. Los costes de producción de Pfizer y GSK probablemente varíen. Por otra parte, las dos empresas pueden tener oportunidades muy diferentes para la subven-

ción cruzada de los suministros de Gavi a través de ingresos en otros mercados. Pfizer representa más del 90% del mercado mundial de PCV. La vacuna neumocócica de la compañía (Pevnar) generó ingresos de 6.250 millones de dólares en 2015, mientras que los ingresos de GSK por su variante (Synflorix) fueron de 565 millones de dólares.

Cualquiera que sea el alcance de las reducciones de precios, los niveles de precios actuales son insosteniblemente altos en relación con los niveles necesarios para lograr una cobertura universal de inmunización. Para algunos países con altas tasas de cobertura - Indonesia y Filipinas, por ejemplo - los precios oscilan entre 13,23 y 17,58 dólares por una sola dosis de PCV (ver Capítulo 2), lo que implica un coste total de 40-53 dólares para un ciclo completo de vacunación. Las personas que compran las vacunas directamente, donde los servicios de salud no las proporcionan, están pagando precios aún más altos.

EL COMPROMISO ANTICIPADO DE MERCADO: UN ÉXITO IMPORTANTE PERO PARCIAL

En algunas áreas, el modelo AMC ha sido un éxito limitado. La intención original de un AMC era dar forma al mercado global creando incentivos para acelerar el desarrollo de nuevos productos. Al garantizar el precio de compra inicial para un volumen garantizado, la esperanza y la expectativa era que los posibles proveedores aumentasen sus actividades de investigación y desarrollo, acelerasen el ritmo de los ensayos clínicos, trabajasen en pro del registro temprano e invirtiesen en la ampliación de la producción.

En este caso, la configuración del mercado solo ha sido parcial para el desarrollo de PCV. Los productos GSK y Pfizer ya se encontraban

en una fase avanzada de desarrollo antes de la creación del AMC. Ambas compañías crearon una capacidad de fabricación adicional en respuesta a la creciente demanda de PCV, incluyendo los contratos de AMC. También adaptaron productos para mercados con problemas en la cadena de frío. Sin embargo, los productos no son nuevos y el AMC no consiguió estimular la entrada de nuevos operadores en el mercado. Las previsiones iniciales de la entrada en el mercado de un tercer fabricante en 2015 o 2016 han demostrado ser excesivamente optimistas. Otros 12 fabricantes tienen en preparación productos de PCV, la mayoría de ellos en etapas relativamente tempranas de desarrollo, lo que refleja la complejidad de desarrollar una vacuna multivalente.

Solo dos de estas empresas – el Serum Institute of India y Panacea Biotec (India) – se encuentran en la lista de fabricantes registrados de AMC. El Serum Institute se ha comprometido con la Fundación Gates a comercializar a precios cercanos a los 6 dólares por ciclo completo, produciendo viales de dosis múltiples a costes de fabricación más bajos. Otras empresas de la India, China y Canadá son candidatos potenciales para entrar en el mercado.

Los recursos disponibles a través de Gavi para dar forma al mercado se han agotado con los años. Con el 73% de la financiación inicial de AMC gastada, quedan ahora unos 400 millones de dólares. Se teme que esto sea insuficiente para crear los incentivos necesarios para acelerar la entrada en el mercado de nuevos proveedores.

Estas preocupaciones se han visto agravadas por la reciente concesión en la India de una patente a Pfizer por su vacuna PCV-13. La Oficina Europea de Patentes rechazó una reivindicación de patente comparable en 2014, alegando la falta de novedad e inventiva. Cualesquiera que sean los derechos y errores de la decisión sobre la patente técnica, existe la preocupación de que la patente, y cualquier otra futura

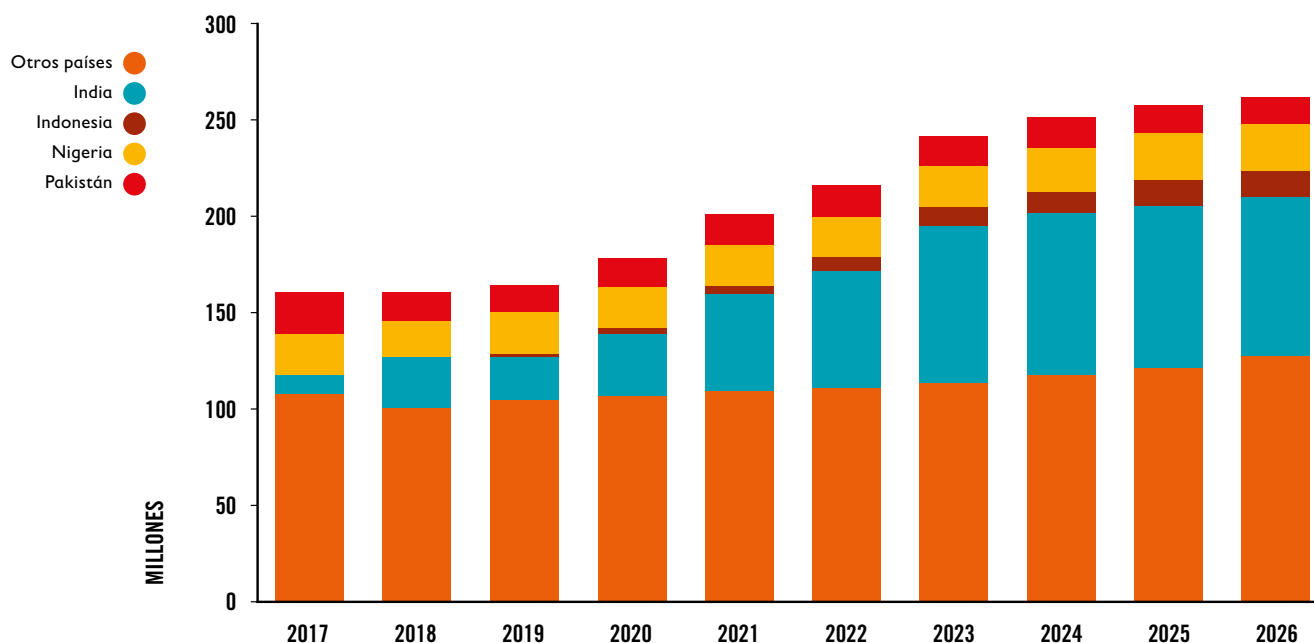
que pueda concederse, disuadirá y retrasará la entrada en el mercado de nuevas PCV que están siendo desarrolladas por Panacea Biotec y otras compañías.

Las tensiones entre los derechos de propiedad intelectual de las empresas y el interés de la salud pública en este caso suscitan serias preocupaciones que se extienden más allá de la India, entre otras cosas porque las empresas farmacéuticas del país son una importante fuente potencial de vacunas asequibles para el África subsahariana.

Con la demanda de PCV en aumento, existe el peligro de que las desigualdades entre la oferta y la demanda puedan aumentar los precios. Se espera que la propia demanda de los países aptos para Gavi aumente de alrededor de 160 millones de dosis en 2017 a 180 millones de dosis en 2020 y a más de 260 millones de dosis en 2026 (Gráfico 17), con India representando gran parte de este aumento. Un análisis reciente de Gavi sugiere que solo es posible satisfacer la demanda proyectada con la entrada en el mercado de al menos un nuevo proveedor para 2020, con una capacidad de oferta de al menos 20 millones de dosis. El Gráfico 18 muestra la brecha cada vez mayor entre la demanda pronosticada de dosis de PCV y la oferta de Gavi contraída actualmente.

El escenario de mercado hasta mediados de la década de 2020 plantea preocupaciones que van más allá de los países respaldados por Gavi. Si bien la ampliación de la fabricación de PCV ha sido impresionante, ha habido una escasez persistente, sobre todo en 2012 y 2013, que ha retrasado su introducción en los países. Si la oferta se queda rezagada con respecto al crecimiento de la demanda, los precios también podrían aumentar en los países de ingresos medios con grandes poblaciones no inmunizadas, lo que podría debilitar las estrategias no Gavi destinadas a reducir las muertes por neumonía.

GRÁFICO 17_ LA CRECIENTE DEMANDA DE PCV DE LOS PAÍSES APTOS A GAVI: PREVISIÓN DE LA DEMANDA DE 73 PAÍSES APTOS PARA LA AMC



Fuente: Gavi, Pneumococcal conjugate vaccine strategic demand forecasting update, mayo 2017.

UN NUEVO PACTO MUNDIAL SOBRE VACUNAS CONTRA LA NEUMONÍA

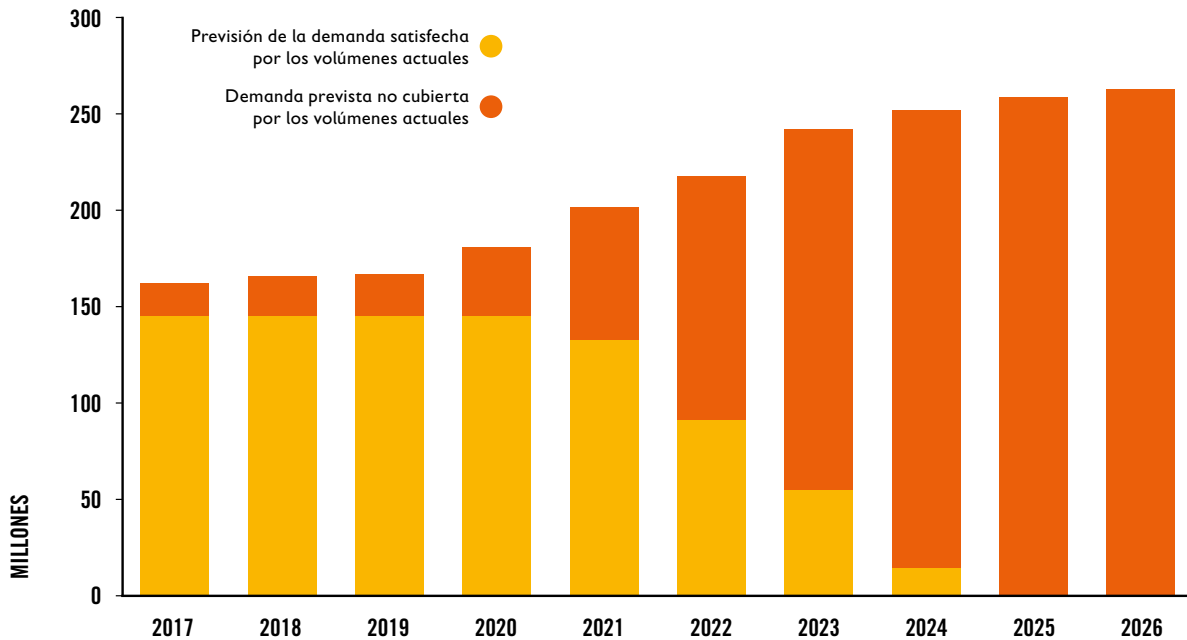
Sobre la base del historial extraordinario alcanzado con Gavi, la comunidad internacional tiene la oportunidad de llevar la vacunación contra la neumonía al siguiente nivel. Es fundamental reducir los precios mediante una combinación de financiación para la investigación y el desarrollo, una mayor competencia, economías de escala en la compra y financiación de la ayuda.

Negociar un nuevo acuerdo sobre la fijación de precios de PCV ayudaría a crear las condiciones para una mayor cobertura. Debería alentarse a las empresas a explorar el potencial de mayores reducciones de precios, tanto para Gavi como para los países que no pertenecen a la Gavi. Sin embargo, los donantes de ayuda podrían crear un entorno propicio para reducir los precios aumentando el volumen de compras garantizadas en el marco de Gavi y, potencialmente, ampliando los compromisos de compra garantizada más allá de Gavi.

Podrían utilizarse diversos instrumentos de financiación para aumentar el volumen de PCV adquiridos. La ayuda canalizada hacia Gavi supone una vía. Pero las compras futuras también pueden ser suscritas por emisiones de bonos, lo que permite que los costes financieros se distribuyan a lo largo del tiempo. El Fondo Financiero Internacional para la Inmunización (IFFIm), que ha recaudado 6.300 millones de dólares para Gavi desde 2006, es un ejemplo de un vehículo de financiación ya desplegado con este fin. Más de 200 millones de dólares de los recursos del IFFIm se han destinado al apoyo a la vacuna neumocócica. Pero se podría hacer más.

En un período de bajos tipos de interés internacionales, la financiación mediante bonos, las garantías de riesgo y otros instrumentos son infrutilizados para distribuir vacunas. En 2017, el Banco Mundial emitió por primera vez una partida de bonos respaldada por su línea de crédito blando de la Asociación Internacional para el Desarrollo. Con una previsión de 8.000 millones de dólares en bonos disponibles, el Banco Mundial podría desempeñar un papel más amplio en el apoyo a Gavi. Del mismo

GRÁFICO 18 LA INMINENTE ESCASEZ DE SUMINISTROS DE PCV: PREVISIÓN DE LA DEMANDA Y VOLÚMENES PARA 73 PAÍSES APTOS PARA EL USO DE LAS AMC



Fuente: Gavi, Pneumococcal conjugate vaccine strategic demand forecasting update, mayo 2017.

modo, la rama del sector privado del Banco Mundial, la Corporación Financiera Internacional y las instituciones financieras de desarrollo como el Grupo CDC del Reino Unido podrían respaldar los acuerdos de compra garantizada de vacunas con financiación y garantías, lo que podría apalancar la inversión privada al reducir el riesgo.

También puede haber margen para revisar el mandato de Gavi. El marco actual de transición se basa en el principio sólido de que, a medida que los países se enriquecen, deben hacer más para financiar sus programas de inmunización. Pero, ¿qué ocurre con los países de ingresos medios con grandes cantidades de niños no inmunizados que pueden estar viviendo en condiciones de vulnerabilidad aguda?

La respuesta fácil es que los gobiernos deberían hacer más. Sin embargo, en los sistemas descentralizados donde es posible hacer un seguimiento de la entrega de vacunas a las zonas y poblaciones marginadas, puede haber argumentos convincentes para apoyar a los estados y provincias más pobres a nivel subnacional. Las normas actuales impiden este tipo de

operaciones, excluyendo efectivamente a los niños cuyas necesidades son tan pronunciadas como las de los países elegibles para el apoyo de Gavi.

La configuración del mercado a través de una mayor competencia sigue siendo una prioridad insatisfecha pero urgente. Los gobiernos nacionales, los donantes de ayuda y los organismos de las Naciones Unidas tienen una pequeña ventana para crear las condiciones de un mercado más competitivo. Sin al menos un nuevo competidor en el mercado capaz de abastecer en 2020 a un volumen de unos 20 millones de dosis (el 10% de la oferta de 2016) existe un peligro real e inminente de escasez en Gavi y de subidas de precios fuera de los acuerdos de garantía de Gavi.

Se requieren dos enfoques amplios para evitar este riesgo. En primer lugar, la AMC necesita una ventana de financiación que refleje su propósito original: a saber, incentivar la investigación y el desarrollo, y acelerar los ensayos clínicos, las pruebas y el registro. Esa ventanilla debería estar vallada para los nuevos proveedores y los productos en tramitación,

complementando los acuerdos de compra garantizada para los proveedores existentes. No faltan pruebas de que los inversores responden al tipo de señales de mercado que se pueden crear. El desarrollo de la nueva vacuna conjugada de bajo precio para la meningitis en África (MenAfriVac), impulsada por una donación de 70 millones de dólares de la Fundación Bill & Melinda Gates y ahora fabricada en la India a un coste de 0,34 euros por dosis, es un ejemplo de ello.

En segundo lugar, los gobiernos de los países en desarrollo deberían revisar las barreras reglamentarias que parecen haber ralentizado la entrada de nuevos productos en el mercado. Cuando las patentes representen un obstáculo potencial para la entrada en el mercado, los gobiernos deberían explorar el uso de licencias obligatorias y otros mecanismos para facilitar su entrada en el mismo.

La cooperación entre los gobiernos de los países en desarrollo podría contribuir a crear mercados más competitivos. Las agencias de adquisición de vacunas compran en grandes volúmenes, pero rara vez comparten información o agrupan sus recursos. El fondo rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud, un mecanismo común de adquisición y financiamiento para América Latina y el Caribe, ha llevado a que los precios negociados de las vacunas sean mucho más bajos para los 40 países de la región. También ha contribuido a la introducción más temprana de nuevas vacunas en comparación con otros países en desarrollo: el 85% de la región tiene la mayor cobertura de PCV.

La transparencia y la información son parte fundamental de la competencia, y en ambas áreas existen déficits de vacunas. En 2014, la OMS puso en marcha el proyecto de productos, precios y adquisiciones de vacunas (V3P), un sistema de comparación de precios que marcó un paso en esta dirección. Sin embargo,

solo 50 países presentaron datos en 2016 (y solo el 59% de los países de ingresos medios que no pertenecen a Gavi están representados en la base de datos). Además, la base de datos oculta los nombres de países, lo que impide la comparación directa. Parece ser que los fabricantes de PCV han exigido en algunos casos que los gobiernos compradores y los actores privados firmen acuerdos de confidencialidad. Esta práctica debería terminar con efecto inmediato. En 2015, 194 países en la Asamblea Mundial de la Salud aprobaron una resolución pidiendo vacunas más asequibles y una mayor transparencia en los precios de las mismas.

Más allá del precio y la oferta de las vacunas, existen oportunidades potenciales para aprovechar la infraestructura general de inmunización y ampliar la cobertura de PCV. Una de las grandes historias de éxito en materia de salud infantil de las últimas tres décadas ha sido la casi erradicación de la poliomielitis. La Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis ha invertido 15.000 millones de dólares para ampliar la cobertura de las vacunas, y se calcula que anualmente se gastan 1.000 millones de dólares en actividades del sistema de inmunización, que van desde la vigilancia de enfermedades y el apoyo a los laboratorios hasta la capacitación del personal sanitario. En 2016, Nigeria recibió 247 millones de dólares para financiar la lucha contra la poliomielitis, con 23.269 funcionarios que, además de sus actividades relacionadas con la poliomielitis, se ocupan de la inmunización sistemática y la respuesta ante brotes de enfermedades. A medida que avanzamos hacia un mundo sin poliomielitis, la infraestructura contra esta podría durante muchos años tener el propósito de apoyar una campaña mundial para lograr la cobertura universal de PCV y la eliminación de las muertes evitables causadas por la neumonía.

LA AYUDA INTERNACIONAL: SE NECESITA MÁS Y MEJOR

A pesar de la magnitud de la crisis mundial de la neumonía, la enfermedad recibe poca atención de los donantes de ayuda. La financiación de la asistencia para el desarrollo sigue siendo limitada, lo que a su vez ha ralentizado el ritmo al que las intervenciones que pueden salvar vidas llegan a los niños en situación de riesgo. Esto tiene que cambiar.

Es intrínsecamente difícil medir los niveles de ayuda destinados a la prevención y el tratamiento de la neumonía. Una fuente sitúa la parte de la ayuda al desarrollo destinada a este fin en menos del 2%, o alrededor de 663 millones de dólares en 2015. La mayor parte de esta ayuda se destina a las compras de PCV a través de Gavi. Además, la ayuda para la neumonía (y la diarrea) ha quedado muy rezagada con respecto al aumento general de la ayuda para la salud infantil. Si bien la ayuda destinada al fortalecimiento de los sistemas sanitarios genera beneficios para combatir la neumonía, la enfermedad sigue siendo un área desatendida.

Los donantes de la OCDE no informan sobre transferencias de financiación específicas para la neumonía. Esto contrasta con la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA, lo que refleja tanto la existencia del Fondo Mundial para hacer frente a estas enfermedades como la insuficiente concienciación sobre la magnitud de la neumonía. La eficacia de la ayuda también puede verse obstaculizada por una inversión insuficiente en zonas con posibilidades de generar grandes impactos. En los últimos años, áreas como la educación y la capacitación médicas han recibido niveles más bajos de financiación. Esta es un área crítica para el desarrollo de capacidades diagnósticas y de tratamiento para la neumonía.

La neumonía también queda descuidada en iniciativas multilaterales más amplias. Un ejemplo de ello es el Fondo Financiero Mundial (GFF). Se trata de un mecanismo de financiación innovador concebido para subsanar el déficit de financiación (estimado en 33.300 millones de dólares en 2030) entre la financiación actual y las provisiones necesarias para alcanzar los ODS fijados para 2030 en materia de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente. El enfoque de financiación combina la movilización de recursos internos con la financiación externa, combinando el apoyo del Banco Mundial, la ayuda, la inversión privada y la financiación innovadora. El apoyo depende del desarrollo de casos nacionales de inversión en los que se establezcan prioridades claras respaldadas por compromisos de financiación y planes de ejecución. Ninguno de los nueve casos de inversión aprobados en mayo de 2017 incluía estrategias para la neumonía, a pesar de que la enfermedad es la primera o segunda causa de muerte de recién nacidos y niños en varios de los países (entre ellos Nigeria, la República Democrática del Congo, Etiopía y Kenia) cubiertos por el GFF.

Este es un ejemplo de cómo los donantes de ayuda envían señales a los responsables de planificación sanitaria que tienen consecuencias no deseadas. Los planes de inversión presentados al GFF abordan preocupaciones muy reales. Sin embargo, los casos de negocio se evalúan en función de ocho indicadores de resultados sanitarios y de financiación. La neumonía no figura en ellos. Incluir una reducción de las muertes por neumonía en los resultados sanitarios que deben evaluarse y la gestión de los casos de neumonía en los casos de inversión, podría ayudar a conseguir nuevos fondos, al tiempo que se apoya el desarrollo de enfoques más integrados del desarrollo de los sistemas sanitarios.

Los enfoques de la financiación de la ayuda, ya sea a través del GFF o de otros mecanismos,

deberían aplicar en el mundo el mismo principio que debe aplicarse en la nación. Las estrategias contra la neumonía deben considerarse parte del esfuerzo por lograr una cobertura universal de la salud, centrándose en llegar a los más pobres. Para lograr ese objetivo, los donantes también deberían apoyar activamente la movilización ampliada de recursos nacionales necesarios para afianzar sistemas sanitarios equitativos.

Uno de los primeros principios de la ayuda internacional es que no debe ser perjudicial, y existe la preocupación de que los acuerdos actuales puedan estar causando daños involuntarios a la lucha contra la neumonía. En los Capítulos 2 y 3 destacamos una serie de desafíos a los que se enfrentan los enfoques integrados por la Gestión Comunitaria Integrada de Casos (iCCM). Estos desafíos incluyen la tendencia generalizada de los trabajadores sanitarios comunitarios a diagnosticar erróneamente la neumonía como paludismo y la escasez de Amoxicilina DT en los establecimientos médicos. Muchos factores subyacentes contribuyen a ambos problemas, que van desde la capacitación y el apoyo al iCCM hasta los fracasos en materia de adquisiciones e inversiones insuficientes. Sin embargo, la arquitectura de la ayuda para la salud también está desempeñando un papel importante, sobre todo minimizando la importancia de la neumonía.

Los contrastes con la malaria son ilustrativos. La enfermedad es una de las tres enfermedades cubiertas por el Fondo Mundial. Se han destinado unos 10.000 millones de dólares a los países, proporcionando mosquiteros tratados con insecticida y una nueva generación de terapias combinadas a base de artemisinina (ACT) para el tratamiento. Hasta finales de 2016 se habían administrado unos 668 millones de ciclos de ACT. El Fondo Mundial también ha financiado la provisión de equipos de pruebas de diagnóstico rápido para el paludismo y ha apoyado la formación de trabajadores sanita-

rios como parte de una estrategia más amplia para integrar el tratamiento eficaz del paludismo en las estrategias nacionales de salud. Estas inversiones han salvado vidas y han servido para reducir drásticamente las muertes por paludismo entre los menores, pero también pueden haber producido resultados no deseados. Los trabajadores sanitarios comunitarios bien formados en el diagnóstico del paludismo, pero mal capacitados en el diagnóstico de la neumonía, tienen más probabilidades de atribuir la fiebre relacionada con esta enfermedad a la malaria.

De manera similar, la evidente escasez de Amoxicilina DT en muchos países con alta carga de neumonía contrasta en cierta medida con la disponibilidad de las ACT. El hecho de que los planificadores de salud puedan utilizar el respaldo del Fondo Mundial para las ACT y otros productos antipalúdicos mientras que no se dispone de un apoyo comparable para Amoxicilina DT puede ser un factor que desvíe la oferta de medicamentos hacia el tratamiento del paludismo. Un acuerdo anterior según el cual la financiación de Amoxicilina DT estaba cubierta por el Fondo para la Salud Reproductiva, Materna, Neonatal e Infantil creado en 2013 ha finalizado.

Una consecuencia de ello es que Unicef, que desempeña un papel fundamental en la prestación de apoyo a la iCCM, ha luchado por movilizar recursos para atender las necesidades no relacionadas con el paludismo, incluida la Amoxicilina DT. Las estimaciones apuntan a una necesidad no satisfecha de financiación de la iCCM para productos básicos no relacionados con la malaria de 73 millones de dólares para el período 2018-2022. Esto incluye 29 millones de dólares para las zonas que reciben apoyo de Unicef en 21 países muy afectados por la neumonía. La necesidad de financiación para la República Democrática del Congo, un país con una de las tasas de mortalidad por neumonía más altas del mundo, es de 44 millo-

nes de dólares, simplemente para mantener la cobertura existente. Esa cobertura se extiende a alrededor de una cuarta parte del país (o 133 de las 516 zonas sanitarias), y Suecia proporciona la mayor parte de la ayuda. Sin embargo, no se han obtenido compromisos financieros por parte de los donantes, lo que socava la planificación para integrar la neumonía en las estrategias de la iCCM.

Se trata de un problema que requiere una resolución urgente. Una vía obvia es que los donantes de ayuda utilicen el GFF como vehículo para apoyar la iCCM y como canal para proporcionar los 73 millones de dólares nece-

sarios para los tratamientos no palúdicos (que incluyen la terapia de rehidratación oral y el cinc, así como la Amoxicilina DT). Una razón adicional para fortalecer la financiación de los suministros de Amoxicilina DT es que el medicamento es menos susceptible a la resistencia a los antimicrobianos que otros antibióticos ampliamente usados. Si el GFF puede utilizarse para respaldar los planes de acción contra la neumonía esbozados en el Capítulo 3, también podría desempeñar un papel más importante en la movilización de herramientas de diagnóstico como los oxímetros de pulso y el tratamiento con oxígeno.

Zipporah, una trabajadora sanitaria comunitaria formada por Save the Children con Akokote, de un año de edad, que ha estado recibiendo tratamiento para su tercer episodio de neumonía.

FOTO: Jonathan Hyams / Save the Children



REDUCIR LOS RIESGOS DE FONDO

La ayuda también tiene un papel vital en la reducción de los riesgos de fondo de la neumonía. El Banco Mundial estima que se necesitaría una inversión adicional de 70.000 millones de dólares a lo largo de diez años (de todas las fuentes) para alcanzar los objetivos mundiales de raquitismo, emaciación, lactancia materna exclusiva y otras intervenciones. Los modelos sugieren que estas inversiones podrían reducir la mortalidad infantil en 3,7 millones de muertes, en parte evitando 65 millones de casos de retraso en el crecimiento y garantizando que otros 105 millones de bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna durante sus primeros seis meses de vida.

El mismo ejercicio proporciona escenarios para la movilización de recursos. Dependiendo de sus niveles de ingresos, los gobiernos podrían cerrar gran parte del déficit de financiación aumentando el gasto en salud y nutrición y aprovechando el crecimiento económico. Sin embargo, también se necesitarían otros 2.500 millones de dólares anuales para la ayuda a los países de ingresos bajos y medios-bajos. Dadas las altísimas perspectivas de rentabilidad social y económica, se trata de inversiones modestas.

Las finanzas no son el único ámbito en el que la cooperación internacional puede marcar la diferencia. En los Capítulos 2 y 3 se identificó la falta de lactancia materna exclusiva durante seis meses y la continuación de la lactancia materna hasta tres años, como un importante riesgo de antecedentes para la neumonía. Muchos factores contribuyen a decisiones que causan transiciones prematuras de la lactancia materna. Algunos de esos factores son las prácticas de comercialización de las empresas globales de productos sustitutos de la leche materna.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS ofrece un marco reglamentario detallado para la protección de los niños potencialmente vulnerables. En ese marco se pide que se prohíban las actividades de comercialización dirigidas a las madres que amamantan a sus hijos durante los primeros seis meses de vida. También proporciona directrices detalladas para una comercialización responsable a partir de entonces. Lamentablemente, las principales empresas de estos compuestos tienen un historial variable pero abrumadoramente pobre en cuanto al cumplimiento del Código de la OMS. Los accionistas y los inversores institucionales podrían desempeñar un papel importante en la mejora de este historial.

IMPULSAR LOS AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

Casi todas las muertes infantiles por neumonía se pueden prevenir mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados. Se dispone de tecnologías sencillas que podrían, en manos de trabajadores sanitarios debidamente capacitados y respaldados, salvar vidas. Sin embargo, estas tecnologías rara vez se encuentran disponibles en entornos de bajos recursos, y no se invierte lo suficiente en las innovaciones necesarias para adaptar las nuevas tecnologías a las condiciones reales de los países con alta carga de neumonía. Hay una necesidad urgente de movilizar los recursos, crear asociaciones y estimular las innovaciones que podrían revolucionar el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía en primera línea.

La **oximetría de pulso** para la detección de la hipoxemia, una complicación a menudo mortal de la neumonía, es un área prioritaria. Esta es una tecnología rentable con el potencial de transformar el pronóstico, lo que permite que

el tratamiento con oxígeno se despliegue de manera más eficiente, reduciendo las tasas de fracaso del tratamiento y asegurando decisiones oportunas de derivación. Se están desarrollando dispositivos adaptados a entornos de bajos recursos. Por ejemplo, LifeBox, una organización benéfica creada por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos, ha desarrollado una unidad disponible por 250 dólares que ha sido probada con éxito en bebés. También se están desarrollando aplicaciones para teléfonos móviles, junto con oxímetros que se pueden cargar con energía solar. Para que los niños vulnerables puedan obtener los beneficios de las innovaciones que salvan vidas, es fundamental acelerar el desarrollo y el despliegue de estas tecnologías.

Otra área de desarrollo es la **medición automática de la frecuencia respiratoria**. La detección de la dificultad respiratoria mediante el recuento de las respiraciones, la evaluación de los sonidos respiratorios y la revisión de los síntomas más amplios es difícil, y el diagnóstico erróneo es común. Las nuevas tecnologías pueden medir respiraciones, analizar sonidos respiratorios y localizar biomarcadores exhalados. Save the Children ha trabajado con Philips para evaluar el uso de su dispositivo ChARM (Children's Automated Respiratory Monitor), una herramienta innovadora y fácil de usar para medir la respiración en entornos de bajos recursos. Unicef respalda actualmente la realización de pruebas adicionales en Etiopía. En el futuro, la combinación de varias innovaciones diagnósticas en un único instrumento integrado podría permitir a los trabajadores sanitarios de primera línea mejorar la precisión del diagnóstico y la eficacia del tratamiento posterior. Philips y Save the Children pondrán a prueba el nuevo monitor SpotCheck Monitor, un contador combinado de tiempo y oxímetro de pulso, en Malawi este año.

Es urgente desarrollar y desplegar **nuevas tecnologías de oxígeno**. En el Capítulo 3 se exponen algunos de los retos. Los concentradores de oxígeno son más fiables y eficientes que las bombonas, pero necesitan mantenimiento regular y una fuente de energía constante. Grand Challenges Canada y la Universidad de Alberta están probando concentradores de oxígeno alimentados por energía solar en Uganda, y otros innovadores están desarrollando un concentrador que funciona con agua. En Uganda, Ghana y Bangladesh se está probando Bubble Continuous Positive Airway Pressure, un método simple, no invasivo y de bajo coste para ayudar a respirar a los lactantes con dificultades respiratorias. Varios gobiernos están integrando el suministro de oxígeno en las estrategias de neumonía (cuadro 14). También se están desarrollando nuevas plataformas móviles. El oxímetro telefónico, desarrollado por la Universidad de Columbia Británica y LionsGate Technologies, utiliza un sensor de bajo coste alimentado por un teléfono móvil para medir los niveles de oxígeno en la sangre y luego muestra consejos para el diagnóstico y tratamiento. En todos estos ámbitos, la ayuda podría desempeñar un papel importante en el apoyo a la innovación y, lo que es más importante, facilitar la pronta asimilación en los países con una gran carga de neumonía.

Las innovaciones farmacéuticas siguen desempeñando un papel importante. El desarrollo y la introducción de **formulaciones para menores de Amoxicilina** en comprimidos dispersables de 250 mg ha conllevado importantes ahorros y ha simplificado el tratamiento, ahorrando vidas, dinero y recursos para el cuidado de la salud. Estos comprimidos se pueden dispersar en la leche materna o en una pequeña cantidad de agua limpia. Tienen una mayor vida útil, no necesitan refrigeración, y además son más económicos y fáciles de administrar que otras formulaciones. Desgraciadamente, muchos países han tardado en acelerar su ad-

CUADRO 14_ AYUDAR A LOS NIÑOS A RESPIRAR: NUEVAS ASOCIACIONES DE OXÍGENO

El tratamiento con oxígeno es uno de los regímenes de tratamiento más importantes para la neumonía grave y uno de los más descuidados en la planificación nacional. Las excepciones de la regla demuestran lo que es posible.

En Etiopía, donde la neumonía figura entre las principales causas de mortalidad infantil, una encuesta reveló que solo el 11% de los centros de salud del país y menos de la mitad de las salas de pediatría de los hospitales podían suministrar oxígeno, y que menos del 14% del personal estaba capacitado para utilizar la tecnología de suministro de oxígeno. United for Oxygen, una asociación público-privada entre el gobierno, la industria, las fundaciones y las organizaciones de la sociedad civil, ha sido creada para apoyar al gobierno a ampliar el acceso a la oximetría de pulso y la oxigenoterapia: una de las piezas centrales de la Estrategia Nacional para la Supervivencia del Recién Nacido y el Menor del país.

Otro ejemplo positivo proviene de Kenia. Hewa Tele, una empresa social, distribuye botellas de oxígeno a las instalaciones sanitarias. El plan se puso a prueba en Kenia occidental, donde actualmente presta servicios a 53 instalaciones públicas y privadas. Hewa Tele ha aprovechado las nuevas tecnologías y la financiación para producir bombonas de alta calidad y bajo coste, utilizando la producción local, y ha impartido formación a 120 trabajadores sanitarios. La mejora de la obtención y utilización del oxígeno ha aumentado la preparación y la capacidad de los centros de salud para tratar no solo la neumonía, sino también la sepsis y la dificultad respiratoria en los recién nacidos.

Fuentes: Stop Pneumonia, 'United for oxygen' (comunicado de prensa), www.stoppneumonia.org/united-for-oxygen/; Hewa Tele website, www.hewatele.org

quisición. A futuro, podrían salvarse muchas vidas gracias al desarrollo y la introducción de nuevas vacunas contra VSR, conjugados neumocócicos que apuntan a más serotipos comunes en África, y las innovaciones para reducir los requisitos de dosificación del nivel actual de tres a una o dos dosis.

Se presentan otras oportunidades infraexploradas. Como se destaca en los Capítulos 2 y 3, muchos trabajadores sanitarios comunitarios carecen de la formación y el apoyo que necesitan para diagnosticar con precisión la neumonía. Esto no parece muy sorprendente, ya que con demasiada frecuencia, las enfermeras y el personal clínico de nivel primario que las forma también carecen de habilidades diagnósticas. Los sistemas sanitarios de la mayoría de los países más afectados presentan importantes lagunas en la formación de sus profesionales.

El aprendizaje electrónico podría ayudar a superar esas lagunas. Los centros mundiales y regionales de excelencia en neumonía podrían desempeñar un papel en el diseño de módulos de formación visual para los trabajadores

de la salud de nivel primario y comunitario. Adaptados para entornos de bajos recursos, estos módulos podrían apoyar el desarrollo de programas más eficaces de la iCCM. Existen muchas opciones innovadoras. Los donantes de ayuda podrían financiar a las instituciones nacionales para que colaboren con las instituciones sanitarias públicas de los países más afectados en la elaboración y ejecución de programas de capacitación virtual. Por ejemplo, el Royal College of Paediatrics and Child Health del Reino Unido ha desarrollado una plataforma de aprendizaje electrónico de acceso libre diseñada para su implementación en África Oriental. La plataforma, financiada en parte por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, está dirigida a los trabajadores sanitarios que operan en entornos de bajos recursos.

EL IMPERATIVO HUMANITARIO

En el capítulo 2 destacamos los elevados riesgos que implican las emergencias humanitarias. Las sequías, las inundaciones, el desplazamiento por conflictos y los desastres naturales acarrearán un aumento de los riesgos para la salud y, muy a menudo, el colapso de los ya frágiles sistemas sanitarios. Los crecientes niveles de desnutrición grave y aguda plantean riesgos muy inmediatos de neumonía, como lo demuestran las emergencias alimentarias que se están produciendo actualmente en el África subsahariana.

El sistema de ayuda humanitaria desempeña un papel fundamental en la respuesta a las amenazas que provocan las epidemias de neumonía en situaciones de emergencia. En 2016, ese sistema proporcionó 27.000 millones de dólares en asistencia general y salvó muchas vidas. Sin embargo, la arquitectura humanitaria está sometida a una enorme presión. La ayuda no ha logrado satisfacer la creciente demanda creada por la crisis y las emergencias de Siria y África. En 2016, hubo un déficit del 40% en la financiación de los llamamientos humanitarios de las Naciones Unidas.

Ese déficit de financiación se refleja en la provisión de recursos para intervenciones vitales en materia de nutrición. Los llamamientos a favor de la nutrición suelen carecer crónicamente de financiación. Por ejemplo, a mediados de 2017, solo el 27% del llamamiento para Somalia se había financiado a pesar de la magnitud de la crisis. Para empeorar las cosas, los fondos son volátiles e impredecibles, lo que hace imposible planificar y poner en práctica las inversiones iniciales que podrían impedir el descenso a condiciones más graves.

Abordar estos problemas requerirá reformas a muchos niveles. Una prioridad obvia es garantizar que los llamamientos humanitarios

en general cuenten con una financiación más completa y que los llamamientos en materia de nutrición reciban una cobertura adecuada. Habida cuenta de que las crisis humanitarias son cada vez más prolongadas, es necesario pasar de la financiación a corto plazo a la financiación multianual, una esfera que se considera prioritaria en la Cumbre Humanitaria Mundial.

Como en otras áreas destacadas en este informe, prevenir es mejor que curar en cuanto a respuesta humanitaria. Permitir que un gran número de niños caigan en un estado de desnutrición grave y aguda no solo es indefendible desde el punto de vista ético. También lo es desde el punto de vista económico: el coste de tratar a los niños desnutridos excede ampliamente el coste de prevenir el hambre. Las transferencias de efectivo proporcionan un mecanismo flexible para prevenir el hambre y, por extensión, las epidemias de neumonía que acompañan a las emergencias humanitarias.

SITUAR LA NEUMONÍA EN EL MAPA

Tal vez la mayor contribución que la comunidad internacional podría hacer para salvar vidas amenazadas por la neumonía consistiría en poner la enfermedad en el mapa. La neumonía ha sido reconocida como un problema de salud mundial desde la década de 1970. La OMS y Unicef han elaborado un marco mundial amplio (el Plan de Acción Mundial para prevenir la Neumonía y la Diarrea - [GAPP]) en el que se establecen las medidas necesarias para reducir las muertes.

Sin embargo, evitar muertes por neumonía sigue siendo una causa mundial sin defensores. Los donantes de ayuda, las instituciones financieras internacionales y las organizaciones no gubernamentales consideran la enfermedad

como una preocupación periférica, lo que refleja la negligencia evidente en muchos países. A diferencia del VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, la lucha contra la neumonía aún no se ha apoderado de la imaginación del público ni se ha inscrito en la agenda internacional, creando un ciclo negativo de abandono, apatía e intervención fragmentaria. La falta de un producto básico vital es una urgencia aliada a la responsabilidad compartida de salvar vidas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen una oportunidad para cambiar esta situación. Poner fin a las muertes infantiles evitables antes de 2030 seguirá siendo un objetivo inalcanzable, a menos que los gobiernos nacionales y

la comunidad internacional actúen de manera decisiva en relación con la neumonía, y apoyen la meta 3,8 de los ODS sobre cobertura sanitaria universal. El GAPPD proporciona un punto de referencia y la comunidad internacional debe apoyar enérgicamente su objetivo de reducir las muertes por neumonía en niños a menos de 3/1.000 nacidos vivos.

El mundo no necesita un nuevo “fondo vertical” para la neumonía que trate la enfermedad de forma aislada. Sin embargo, es necesario que se preste mayor atención a la neumonía en el marco de las estrategias destinadas a promover la cobertura sanitaria universal.



Prima, de un año de edad, y Nirob, de cinco años, con su madre, Shipra, en su hogar de Bangladés. Cuando Nirob tenía diez semanas enfermó de neumonía, diarrea y desnutrición. La familia vivía lejos de un centro de salud. Los trabajadores de Save the Children ayudaron a Nirob a recibir tratamiento. Desde entonces, Save the Children ha abierto una clínica de salud en su aldea.

Las iniciativas mundiales y regionales sobre la neumonía se hallan actualmente atrapadas en un equilibrio de bajo nivel. Desde las agencias de la ONU hasta la Fundación Bill & Melinda Gates, los donantes de ayuda individual y el Banco Mundial, no faltan excelentes análisis, propuestas prácticas e informes perspicaces. Los inversores privados desempeñan un papel fundamental en la innovación, aportando al mercado nuevas tecnologías y herramientas de diagnóstico que pueden salvar vidas. Las compañías farmacéuticas están investigando y desarrollando nuevas vacunas y productos para el tratamiento. Sin embargo, nada de esto está creando la masa crítica para un cambio transformador.

Una cumbre internacional sobre la neumonía podría contribuir a romper el equilibrio de bajo nivel, siempre que se oriente hacia la acción práctica. Esta condición es importante, ya que lo último que los menores en riesgo de contraer neumonía necesitan es un foro de alto nivel que ofrezca una declaración de intenciones alentadora sin un plan de acción creíble. Sin embargo, las cumbres tienen el potencial de catalizar el cambio, como lo demuestra la creación de los fondos mundiales de salud, el alivio de la deuda, el compromiso de ayuda y otros avances en el desarrollo. Entre las condiciones en las que una cumbre sobre la neumonía podría marcar la diferencia se encuentran las siguientes:

- **Defensores de alto nivel y comprometidos:** Gran parte del diálogo internacional sobre la neumonía tiene lugar entre el personal técnico de las organizaciones internacionales y los organismos de ayuda. Ahora es el momento de que los jefes de las organizaciones se levanten contra la enfermedad que mata a más niños y niñas y se comprometan a trabajar juntos en apoyo de las estrategias nacionales. Más ampliamente, el impulso mundial contra la neumonía necesita defensores de los países

desarrollados y del mundo en desarrollo que aumenten la concienciación, movilicen a la opinión pública y fomenten la acción. Los Planes de Acción contra la Neumonía esbozados en el Capítulo 3 podrían sentar las bases nacionales para una acción internacional decisiva.

- **Objetivos y metas claros:** El mundo no necesita nuevos objetivos. Sin embargo, integrar el objetivo del GAPPD de reducir las muertes por neumonía a menos de 3/1.000 nacidos vivos en el marco del seguimiento de los ODS ayudaría a centrar la atención en la enfermedad. Dada la relación entre desigualdad y neumonía, también aguzaría el enfoque de los ODS sobre equidad, cobertura universal de salud y el compromiso de no dejar a nadie atrás.
- **Compromiso compartido con una respuesta ambiciosa:** La aptitud para participar en la cumbre debe estar claramente definida. El objetivo será reunir a los actores (gobiernos, agencias internacionales, donantes de ayuda, el sector privado, organizaciones no gubernamentales e investigadores) comprometidos con un único propósito común: cambiar la tendencia de las muertes por neumonía. El objetivo primordial de la cumbre: trazar un camino hacia las reformas políticas, las inversiones y la promoción necesarias para evitar más de 5 millones de muertes por neumonía antes de 2030.
- **Una asociación para los más pequeños:** Las asociaciones internacionales para el desarrollo más fructíferas se han construido sobre la base de una estrategia nacional, respaldada por una financiación y asistencia técnica previsibles. Uno de los objetivos de la cumbre sería la creación de un marco internacional que respalde y apoye las estrategias nacionales contra la neumonía.

- **Una agenda de acción humanitaria:** Dada la magnitud de las amenazas que plantea la neumonía a los menores afectados por las emergencias humanitarias, la cumbre habrá de brindar la oportunidad de formular respuestas internacionales más eficaces para salvar vidas.

En última instancia, los argumentos a favor de una cumbre se basan en la magnitud del desafío que debe abordarse y las posibilidades de lograr resultados significativos. En el caso de la neumonía, este caso está claro. Es difícil imaginar una causa mayor o un desafío más acuciante que poner fin a la muerte de casi un millón de menores al año. El potencial para obtener resultados significativos va más allá de un debate serio: las muertes por neumonía son eminentemente evitables, prevenibles y tratables. Aunque solo sea por estas razones, existe un argumento abrumador para que los líderes políticos, las empresas privadas, los donantes de ayuda y los organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la sociedad civil se reúnan y elaboren un plan de acción para salvar vidas.

5 Recomendaciones

La neumonía mata a más menores que cualquier otra enfermedad. Causa un sufrimiento incommensurable; hace que sus víctimas tengan que luchar por cada bocanada de aire, y que sus padres y hermanos tengan que padecer la ansiedad y el miedo a la pérdida. El tratamiento de la enfermedad impone costes a las familias más pobres y enormes gastos a los sistemas sanitarios. Sin embargo, la neumonía sigue siendo una asesina oculta. Los gobiernos de los países más afectados no están aplicando respuestas integradas. La comunidad internacional todavía tiene que desarrollar las asociaciones y coaliciones necesarias para lograr un gran avance. El resultado final es que las muertes por neumonía están disminuyendo a un ritmo demasiado lento.

Cambiar este panorama supone una prueba para la promesa hecha a los menores en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Si la trayectoria actual de las muertes por neumonía continúa hasta 2030, el compromiso de poner fin a las muertes infantiles evitables se convertirá en una promesa incumplida. Este informe ha descrito la escala de la crisis de la neumonía y ha identificado las medidas prácticas necesarias para cambiar la tendencia de la mortalidad por neumonía. Aplicar estas medidas mediante una acción nacional decisiva respaldada por la cooperación internacional podría salvar más de 5 millones de vidas en 2030. En cualquier medida, este es un premio por el que vale la pena luchar. Si bien los detalles de las estrategias para combatir la neumonía variarán según los países, las pruebas presentadas en este informe señalan cinco enfoques amplios que deberían guiar la lucha contra la neumonía.

Colocar en el mapa al asesino infeccioso número uno de niños y niñas

Los esfuerzos nacionales e internacionales para combatir la neumonía están atrapados en un equilibrio de bajo nivel. Los dirigentes políticos de los países de mayor riesgo tienen la responsabilidad de hacer de las estrategias contra la neumonía no solo una prioridad sanitaria, sino también una prioridad nacional. Los donantes de ayuda, los organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los líderes

empresariales y los activistas de la sociedad civil también deben hacer frente a un desafío que ha caído en el olvido durante demasiado tiempo.

Las recomendaciones incluyen:

- Una cumbre internacional dedicada al único propósito de prevenir 5 millones de muertes por neumonía antes de 2030. Al reunir a los gobiernos de los países más afectados por la enfermedad y a los actores internacionales, la cumbre podría actuar como catalizador del cambio y proporcionar una plataforma para el desarrollo de nuevas asociaciones. La clave del éxito: un compromiso político de alto nivel y una agenda orientada a resultados.
- Planes de Acción contra la Neumonía en todos los países más afectados que establezcan estrategias de prevención y tratamiento para reducir las muertes por esta enfermedad (ver más adelante), y líderes políticos de esos países que impulsen su implementación.
- Acción de los defensores mundiales para poner la neumonía en la agenda internacional, con líderes de las agencias de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y los gobiernos del norte actuando decisivamente para promover la acción internacional, mientras que los defensores mundiales del norte y del sur asumen la causa.

Prevenir las muertes por neumonía mediante la vacunación universal

A demasiados niños y niñas se les niegan los beneficios de la vacunación contra la neumonía, incluidos 170 millones de niños y niñas de 0 a 2 años de edad en los países en desarrollo. La acción nacional para construir una infraestructura de inmunización capaz de llegar a los niños y niñas más marginados es fundamental. Pero sin un pacto mundial renovado y reforzado para suministrar vacunas asequibles, el poder de estas para salvar vidas solo se hará realidad parcialmente. Entre las propuestas presentadas en el presente informe figuran las siguientes:

- Inversión nacional en infraestructura de inmunización para ampliar el alcance y la calidad de la prestación de servicios de salud, con un mayor énfasis en la equidad.
- Inclusión de las vacunas neumocócicas conjugadas (PCV) en los programas nacionales de inmunización.
- Precios reducidos para las PCV suministradas a través de Gavi por los proveedores actuales, respaldados por la financiación de mayores compromisos de compra garantizada, nuevas garantías financieras y de riesgo, y nuevas iniciativas empresariales basadas en anteriores reducciones de precios.
- Un mayor énfasis en la “conformación del mercado” orientada hacia el apoyo a la entrada de al menos un nuevo proveedor para 2020, con una financiación dedicada a acelerar la investigación y el desarrollo, los ensayos clínicos y el registro temprano a través de empresas que aún no están en el mercado, con un precio de entrada de 6 dólares por un ciclo completo para los países Gavi.
- Reglamentación y legislación, incluidas las licencias obligatorias, para garantizar que las patentes no obstaculicen la entrada en el mercado de nuevos proveedores (que la neumonía cumpla los criterios de “emergencia sanitaria” requeridos para desencadenar la concesión de licencias obligatorias).
- Que Pfizer y GSK exploren oportunidades para reducir los precios de la PCV a través de subvenciones cruzadas y la reforma de sus estructuras de precios escalonados con el fin de reducir aún más los precios para los países que cumplen los requisitos de Gavi y para los países que no son miembros de Gavi y que tienen grandes poblaciones no inmunizadas, siempre que en este último caso los gobiernos desarrollen planes para llegar a estas poblaciones.
- La reforma de las normas de Gavi para permitir el apoyo a las regiones y provincias subnacionales de los países considerados no elegibles por sus niveles de ingresos.
- Mayor transparencia en la fijación de precios de los PCV en diferentes mercados.

Tratamiento de la neumonía mediante una mejor gestión de los casos y una cobertura sanitaria universal

El tema central de este informe es que la gestión eficaz de los casos de neumonía requiere un enfoque integrado. Una de las conclusiones puede resumirse de manera sencilla: los sistemas sanitarios débiles no darán resultados sólidos sobre la neumonía. La cobertura sanitaria universal tiene por objeto garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a una atención asequible, independientemente de su riqueza, etnia, sexo o ubicación. Esa atención debe incluir el acceso a profesionales sanitarios capaces de diagnosticar con precisión y

tratar eficazmente la neumonía. Los debates polarizados sobre los méritos de lo “vertical” (específico de la enfermedad) frente a lo “horizontal” (sistema sanitario) son cada vez más anacrónicos. Evitar muertes por neumonía requiere sistemas sanitarios (incluido el personal capacitado, instalaciones debidamente equipadas y sistemas de remisión) capaces de diagnosticar y tratar una enfermedad específica que mata a dos menores por minuto, a menudo en conjunción con otras enfermedades. Los **Planes de Acción contra la Neumonía** propuestos en el Capítulo 3 incluirían:

- Disposiciones financieras y estrategias de ejecución para alcanzar una tasa de mortalidad por neumonía infantil inferior a 3/1.000 nacidos vivos para 2025, según lo previsto en el Plan de Acción Global Integrada para Prevenir y Controlar la Neumonía y la Diarrea.
- Estrategias para reducir los riesgos de fondo asociados con la desnutrición, la transición prematura de la lactancia materna exclusiva, la contaminación atmosférica doméstica y el acceso restringido al agua potable y el saneamiento.
- Campañas de información a nivel nacional y local para aumentar la concienciación sobre la neumonía, con una movilización comunitaria orientada a capacitar a las madres para que identifiquen los síntomas y soliciten tratamiento.
- Mapeo detallado de las brechas en la cobertura del sistema sanitario, incluyendo las áreas con altas concentraciones de muertes por neumonía y prestación de servicios deficiente.
- Los objetivos de cobertura deben incluir una gestión de casos apropiada del 90% antes de 2020, relacionada con los objetivos, los plazos de entrega y las disposiciones financieras destinadas a hacer que la Amoxicilina DT y otros medicamentos esenciales estén disponibles en todas las clínicas; aumentar el suministro de primera línea de herramientas de diagnóstico, como oxímetros de pulso y dispositivos para medir la dificultad respiratoria; y garantizar que se dispone de oxígeno para tratar a los menores amenazados por hipoxemia.
- Estrategias para fortalecer la gestión de casos de neumonía en la comunidad, donde se trata a la mayoría de los niños y niñas, mediante una mejor formación y apoyo a los trabajadores de la salud que administran la Atención Integral de las Enfermedades Infantiles, al tiempo que se amplía el alcance de los proveedores más cualificados a través del sistema sanitario.
- Medidas para fortalecer los sistemas de remisión de casos a fin de que los niños y niñas que desarrollan neumonía grave puedan pasar rápidamente de la comunidad a los centros de atención primaria y superior y a los hospitales terciarios, donde puedan recibir tratamiento los niños con complicaciones graves.
- Reformar las normas que prohíben que los trabajadores sanitarios comunitarios dispensen antibióticos, junto con medidas para abordar las preocupaciones sobre la resistencia a los antimicrobianos mediante una regulación más eficaz de las compras sin receta médica - es inaceptable que se permita la muerte de niños por falta de un simple tratamiento con antibióticos.
- Establecer indicadores de mortalidad infantil por neumonía y gestión de casos como puntos de referencia clave para el desempeño del sistema de salud.
- Estrategias para fortalecer los sistemas de datos e información utilizando las nuevas

tecnologías para mejorar la presentación de informes sobre la neumonía.

- Integración del Plan de Acción contra la Neumonía en la estrategia nacional más amplia para lograr una cobertura universal de la salud.

Construir una asociación internacional

Los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad primordial de prevenir la muerte de sus hijos, pero es fundamental fortalecer la cooperación internacional. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño impone a todos los gobiernos la obligación de “garantizar en la mayor medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. Es difícil cuadrar esa obligación con el estado actual de la cooperación internacional en materia de neumonía. En el presente informe se identifican una serie de medidas prácticas para cambiar esta situación, entre ellas:

- Apoyo al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y a la cobertura sanitaria universal.
- Un nuevo acuerdo mundial sobre inmunización destinado a lograr una cobertura mundial del 90% de PCV antes de 2022.
- Financiación del déficit de financiación estimado en 73 millones de dólares, según estimaciones de Unicef, para las intervenciones no palúdicas de la iCCM en 22 países muy afectados.
- Movilización de fondos de desarrollo para apoyar la vacunación contra la neumonía, incluidos bonos del Banco Mundial y garantías de riesgo.
- Reforma del Fondo Financiero Mundial para incluir la neumonía en los indicadores utili-

zados para evaluar los planes nacionales de inversión.

- Medidas para reforzar el cumplimiento del Código de la OMS para la comercialización de productos sustitutivos de la leche materna.
- Medidas internacionales para luchar contra la desnutrición, con un aumento de 2.500 millones de dólares en compromisos de ayuda.
- Respuestas más eficaces a la amenaza que plantea la desnutrición en las situaciones de emergencia humanitaria, incluida la plena financiación de los llamamientos para la nutrición, el apoyo plurianual a las crisis prolongadas y un mayor uso de las transferencias de efectivo.
- Cooperación entre empresas privadas y gobiernos para acelerar el ritmo de la innovación en áreas que permitan mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía como parte de la cobertura sanitaria universal.

Un enfoque infatigable en la equidad y los menores más desfavorecidos

La desigualdad injustificada e injusta (inequidad) está en el centro de la epidemia de la neumonía. Aunque todos los menores corren peligro, la neumonía sigue siendo una enfermedad de la pobreza. Los riesgos de muerte se concentran en los más desfavorecidos porque nacen en hogares pobres, viven en zonas de difícil acceso o pertenecen a minorías étnicas marginadas. En el sur de Asia, ser niña eleva enormemente el riesgo de muerte por neumonía. La pobreza, la desigualdad y la discriminación que sufren los menores desfavorecidos se combinan y hacen que sean mucho más propensos a contraer neumonía y menos pro-

pensos a recibir tratamiento y a ser diagnosticados. Ninguna estrategia, nacional o internacional, para combatir la neumonía tendrá éxito a menos que rompa el ciclo de desventaja que alimenta la epidemia de neumonía. Si no se hace hincapié en la equidad, los beneficios de la cobertura sanitaria universal llegarán a los pobres con demasiada lentitud para alcanzar las metas identificadas en el presente informe. Las medidas propuestas para fortalecer la equidad incluyen:

- Nuevos enfoques para supervisar el desempeño en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible: los gobiernos podrían informar sobre el ritmo al que se está cerrando la brecha en la tasa de mortalidad entre los niños y las niñas del 20% más pobres y más ricos, las zonas urbanas y rurales y los diferentes grupos sociales.
- Un “universalismo progresivo” en la prestación de asistencia sanitaria, con avances hacia una cobertura sanitaria universal que dé prioridad a los menores y a las zonas más desfavorecidas en la asignación de recursos financieros y trabajadores sanitarios.
- Medidas para promover la equidad en materia sanitaria mediante la supresión de las tasas impuestas a los usuarios y acuerdos de gobierno que hagan que los proveedores rindan más cuentas a las comunidades desfavorecidas.
- Capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones con mayor conocimiento de causa y ejercerlas a través de una mejora de la información y la movilización para luchar contra la discriminación.





“En el transcurso del día de hoy, 2.500 vidas jóvenes se perderán a causa de la neumonía. Espero que los responsables políticos de todo el mundo lean este informe, reflexionen sobre su contenido y se aprovechen de lo que Martin Luther King llamó «la feroz urgencia del presente».”

**Kofi Annan,
ex Secretario General de las Naciones Unidas**

“La atención mundial puede crear grandes mejoras en la vida de las personas en los países en desarrollo. Las muertes infantiles derivadas de la neumonía ponen de manifiesto desigualdades persistentes en materia de nutrición, inmunización y acceso a los servicios de salud. Acojo con gran satisfacción este nuevo informe y la determinación de Save the Children de poner el foco de atención sobre estas injusticias.”

**Profesor Peter Piot,
Director de la London School of Hygiene & Tropical Medicine**

“¿Qué está en juego si el mundo no presta atención al informe de Save the Children? Ciertamente, el logro de los nuevos objetivos mundiales de salud para muchos, muchos países, pero lo que es más grave, las vidas de millones de niños y niñas que seguirán muriendo porque decidimos no prestar atención a una infección que sabemos cómo prevenir, diagnosticar y tratar, la neumonía.”

**Leith Greenslade,
Directora ejecutiva de JustActions, ex vicepresidenta de
la Alianza para la Salud de los ODM, enviada especial
de las Naciones Unidas para la Salud**

LUCHANDO POR RESPIRAR



Save the Children

La lucha contra las muertes por neumonía se está perdiendo, y los menores que viven en la línea del frente lo están pagando con sus vidas.

Este informe, “Luchando por respirar”, pone de relieve las desigualdades, los fracasos políticos y la indiferencia que frenan los avances. Desafía a gobiernos, agencias internacionales, empresas privadas y organizaciones no gubernamentales a unirse en una coalición comprometida con salvar vidas. Colectivamente, tenemos en nuestras manos la capacidad de salvar 5 millones de vidas jóvenes en los próximos 15 años. Este informe expone cómo podemos hacerlo.