

LUCHAR PARA RESPIRAR LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

Acabar con las muertes por neumonía infantil



La enfermedad más mortífera, aunque olvidada

La neumonía es la enfermedad infecciosa más mortífera para los niños, responsable, cada año, de la muerte de 800.000 menores de cinco años en todo el mundo, más de 2.000 al día.¹ Es la prueba chocante de unas desigualdades generalizadas en el terreno de la salud que afecta de manera desproporcionada a los niños más desfavorecidos y marginalizados en los países de ingreso mediano y bajo. Se trata de una violación del derecho de los niños a la supervivencia y al desarrollo, tal y como está consagrado en la Convención de los Derechos del Niño.² Sin embargo, la neumonía ha sido ampliamente olvidada en las agendas de salud al nivel nacional e internacional. Podemos y debemos cambiar esta situación.

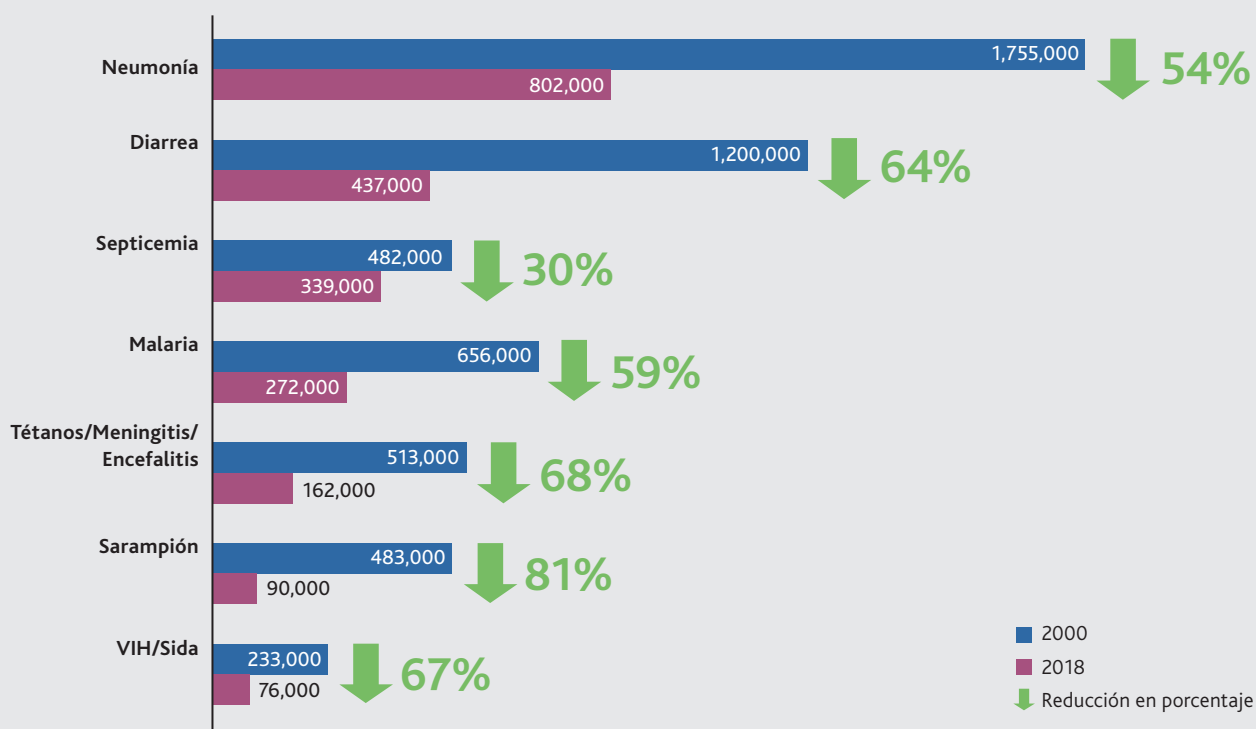
Casi todas muertes por neumonía infantil son prevenibles. Sin embargo, el avance para reducir estas muertes es más lento que en otras importantes enfermedades infantiles (Gráfico 1), y demasiado lento como para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de acabar con las muertes prevenibles de niños en 2030.³

Muchos países están muy lejos de alcanzar las metas concertadas

En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF publicaron un amplio marco global – el Plan de Acción para la Neumonía y la Diarrea (GAPPD, por sus siglas en inglés) – con el objetivo de poner fin a las muertes prevenibles por neumonía y diarrea en 2025. Este documento fijó como meta la reducción de las muertes por neumonía infantil en tres fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos en 2025. Si continúan las tendencias actuales, no se podrá cumplir esta meta⁴ y muchos países no alcanzarán el ODS 3 sobre mortalidad infantil, de 25 muertos por 1.000 nacidos vivos.⁵

Nigeria tuvo el mayor número de muertes por neumonía infantil en 2018; seguido de la India, Pakistán, la República Democrática del Congo (RDC) y Etiopía. Estos cinco países concentran más de la mitad de todas las muertes por neumonía en niños menores de cinco años. Únicamente tres de los 30 países más afectados por la neumonía⁶ –Bangladesh, Indonesia y China– están en vías de alcanzar la meta del GAPPD en 2025.⁷

Gráfico 1: Muertes de niños menores de cinco años por enfermedades infecciosas, 2000 vs. 2018



Fuente: Análisis de UNICEF basado en las estimaciones provisionales de la OMS y del grupo Maternal and Child Epidemiology Estimation de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes del año 2017 a las estimaciones para el año 2018 del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.

(véase el Anexo 1 sobre la situación de los 30 países más afectados). El informe de progreso sobre la neumonía y la diarrea de 2019 (*Pneumonia and Diarrhoea Progress Report Card*) preparado por el International Vaccine Access Centre (IVAC)⁸ muestra que los países no están haciendo suficientes progresos y hace un llamamiento para una mayor inversión en la producción de datos de alta calidad que se puedan recoger más frecuentemente, con el fin de entender mejor dónde están mejorando los países o dónde se están retrasando respecto de los indicadores clave.

El gráfico 2 analiza cómo están cambiando las tasas de mortalidad por neumonía infantil a lo largo del tiempo. El eje vertical representa la tasa de mortalidad y el tamaño de la burbuja indica el número de muertes por neumonía en 2018 para cada país, mientras que el eje horizontal mide la tasa de disminución. Este gráfico muestra que, en demasiados países con una alta carga de muertes por neumonía infantil, la velocidad de disminución es demasiado lenta.

Niños excluidos

Las muertes por neumonía infantil se concentran en los países más pobres del mundo, y en esos países son los niños más desfavorecidos y marginalizados los que más sufren. Los niños de las familias más pobres en los países de ingreso mediano y bajo (LMICs) tienen dos veces más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños de las familias más acomodadas⁹, por culpa de las desigualdades sociales y económicas y el limitado acceso a prestaciones de salud básicas y de calidad, debido a la pobreza de los servicios ofrecidos o la imposición del pago por los propios pacientes. Se encuentran aún más en situación de desventaja por culpa de unas altas tasas de malnutrición, coinfecciones con otras enfermedades, exposición a la contaminación del aire y un acceso limitado al agua potable, saneamiento e higiene.

Gráfico 2: Tasa de mortalidad infantil por neumonía y tasa media anual de reducción, 2000–18



Fuente: análisis de UNICEF basado en las estimaciones provisionales de la OMS y del grupo Maternal and Child Epidemiology Estimation de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes del año 2017 a las estimaciones para el año 2018 del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.

Luchar contra la neumonía infantil

Reducir el número de niños enfermos y muertos por neumonía requiere conseguir el acceso universal a la atención primaria de salud, de manera que los niños tengan acceso a los servicios de vacunación y de nutrición, y a diagnósticos y tratamientos de calidad. Se necesitan intervenciones

multisectoriales con el fin de garantizar que todos los niños respiren aire puro, tengan suficientes alimentos nutritivos para comer y acceso a agua potable, saneamiento e higiene. El gráfico 3 ilustra los tres pilares del enfoque que se necesita para aplicar el GAPPD.

Gráfico 3: Áreas fundamentales para combatir la neumonía



Fuente: Adaptado de OMS/UNICEF, 2013. *Acabar con las muertes prevenibles de los niños por neumonía y diarrea en 2025: Plan de Acción para la Neumonía y la Diarrea (GAPPD)*

PREVENIR la neumonía infantil

Aumentar la cobertura vacunal

La mejora de la cobertura de inmunización ha contribuido a un descenso importante de muertes en los niños, salvando entre dos y tres millones de vidas al año y protegiendo a muchos millones más de enfermedades y discapacidades.¹⁰ La inmunización también ayuda a crear puntos de contacto entre las familias y los servicios de salud para la prestación de asistencia sanitaria. Cada dólar estadounidense invertido en inmunización en 91 países de ingreso mediano y bajo entre 2021 y 2030, tendrá una rentabilidad de 20 dólares en términos de beneficios. Este valor aumenta hasta 51 dólares estadounidenses si se consideran los beneficios sociales obtenidos cuando las personas viven más tiempo y de manera más saludable.¹¹

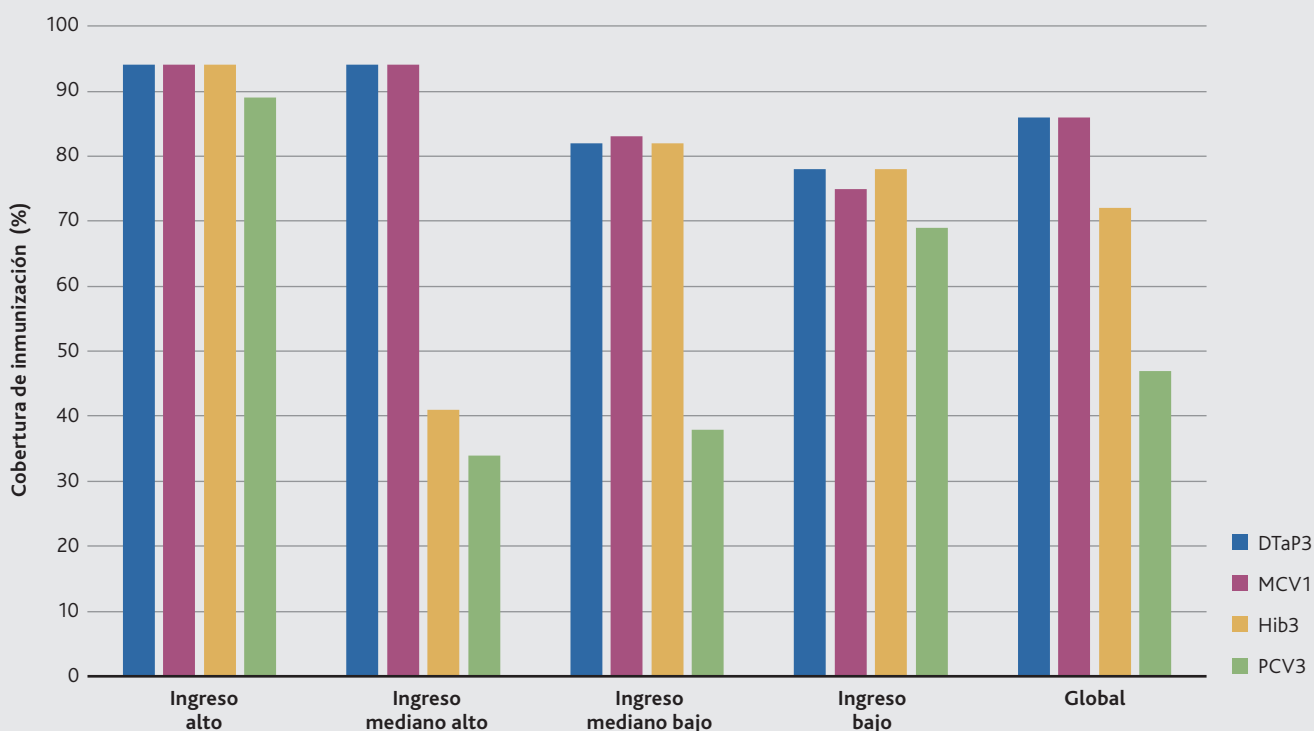
Varias vacunas protegen contra la neumonía: la vacuna *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), la vacuna neumocócica conjugada (PCV, por sus siglas en inglés), la vacuna contra el sarampión y la vacuna contra la difteria-tétanos y pertusis (DTaP). Sin embargo, alrededor de 20 millones de niños todavía no reciben una vacunación básica, con una cobertura de tres dosis de la DTaP y una dosis de vacuna contra el sarampión que sigue estancándose en un 86% en 2018.¹² En ese mismo año, aproximadamente 39 millones de niños no recibieron las tres dosis recomendadas de Hib y 71 millones no recibieron las tres dosis recomendadas de PCV, poniéndoles en un mayor riesgo de contraer la neumonía¹³ (Gráfico 4).

Muchos países siguen sin introducir la PVC por una serie de factores, entre otros, unos precios altos de las vacunas, unos presupuestos de salud infradotados y situaciones de conflicto.¹⁴ Gavi, la Alianza para las Vacunas, ha apoyado la introducción y el aumento de la PCV en muchos países de ingreso bajo¹⁵; los países de ingreso mediano bajo y los países de ingreso mediano, que no son aptos para obtener el apoyo de Gavi, se están quedando atrás.¹⁶ En los tres países con mayor número de muertes por neumonía, la cobertura de la PCV es de solo el 57% en Nigeria, el 6% en India y el 79% en Pakistán.

Los niños provenientes de las familias más pobres, de las zonas más remotas y de los grupos marginalizados están siendo excluidos de la inmunización. Los datos de los estudios llevados a cabo en 72 países de ingreso mediano y bajo entre el 2012 y el 2017, por ejemplo, indican una brecha del 25 % para la cobertura de la DTaP3 entre los niños de los hogares más pobres y más ricos.¹⁷

Los Gobiernos deben mejorar los servicios de inmunización, aumentando las inversiones a nivel nacional, reforzando la atención primaria de salud, estableciendo una cadena de suministro fiable y centrándose en las necesidades de los niños excluidos. Los donantes y la comunidad de salud global deberían apoyar a los países para que consigan estas metas, en particular los países más pobres y aquellos que sufren una crisis humanitaria. La tercera reposición de recursos de Gavi en junio de 2020, debe recaudar, como mínimo, 7.400 millones de US\$ con el fin de llevar a cabo su estrategia 2021-2025 para inmunizar a 300 millones de personas y salvar hasta 8 millones de vidas.¹⁸

Gráfico 4: Estimación de la cobertura de las vacunas contra la neumonía en 2018, por grupos de países por ingresos del Banco Mundial



Fuente: OMS/UNICEF estimaciones de cobertura de inmunización nacional, revisión en 2018

Nota: Grupos de países por ingreso según el Banco Mundial, 2018

Los donantes deberían comprometerse a aportar a Gavi un volumen importante de fondos, asegurándose de que estas inversiones impulsan una sólida agenda de políticas orientadas a la equidad y al refuerzo de los sistemas de atención primaria de salud. En su próxima etapa estratégica, Gavi pretende impulsar un mejor acceso a la inmunización para los niños más pobres del mundo, a la vez que fortalece el sistema de salud en los países a los que apoya. Gavi mantiene su compromiso de priorizar los enfoques que ayuden a modificar el mercado con el fin de mejorar la asequibilidad de las vacunas y el acceso, incluso acelerando la entrada de nuevos actores en el mercado de las vacunas, con el fin de garantizar una auténtica competencia que pueda conducir a una bajada de precios y a una mejora de la calidad.

Reducir la contaminación del aire

La contaminación del aire (tanto interior como exterior) es un factor de riesgo importante en las muertes de los niños por neumonía.¹⁹ El porcentaje de muertes por neumonía infantil atribuible a la contaminación del aire varía considerablemente entre los países más afectados; desde el 27% en Indonesia hasta el 56% en Níger,²⁰ aunque es posible que el impacto esté subestimado o sobreestimado.²¹ La urbanización creciente y una población urbana cada vez mayor en muchos países con una alta carga de neumonía puede aumentar el número de niños expuestos a la contaminación del aire.

Según las estimaciones del *Global Burden of Disease*, la contaminación del aire dentro de los hogares, por el uso de combustibles sólidos y sucios para cocinar y calentar, contribuye

en un 62% a las muertes por neumonía infantil asociadas a la contaminación del aire. Además, la contaminación exterior, especialmente las partículas en suspensión, contribuye a estas muertes con un 38% adicional.²² Una de las razones por las cuales la contaminación del aire es un factor tan importante es el escaso acceso a combustibles limpios y tecnologías apropiada para cocinar, especialmente en el África subsahariana. En Nigeria, RDC, Etiopía, Tanzania, Níger, Chad, Burkina Faso, Madagascar, Sudán del Sur y Mali, menos del 10% de la población tiene acceso a combustibles limpios y a tecnologías para la cocina. Esta es una cuestión que debe ser abordada por los Gobiernos.²³

Mejorar el acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene

Las buenas prácticas de higiene ayudan a prevenir la neumonía y otras enfermedades, entre otras la diarrea. Los estudios han mostrado que un mejor lavado de manos con jabón disminuye el riesgo de neumonía hasta un 50%²⁴, al reducir la exposición a las bacterias y a otros agentes microbianos.²⁵ Sin embargo, en los países menos desarrollados²⁶ en 2017, prácticamente tres cuartos de la población carecía de lo necesario para lavarse las manos con agua y jabón, y dos tercios no disponía de los servicios básicos de saneamiento en sus hogares.²⁷ La falta de agua, saneamiento y de servicios de higiene en los centros de atención sanitaria eleva considerablemente el riesgo de los recién nacidos y de los niños pequeños. En los países menos desarrollados, uno de cada cinco centros de atención sanitaria no ni tiene agua, ni saneamiento, ni servicios de gestión de desechos.²⁸



Jamillah, de 6 meses, recibiendo tratamiento contra la neumonía en el hospital en Turkana, Kenia. Foto: Nina Raingold/Save the Children

PROTEGER a los niños contra la neumonía

Garantizar una nutrición adecuada

La malnutrición es un factor de riesgo en casi la mitad de todas las muertes entre los niños menores de cinco años.²⁹ En 2018, 50 millones de niños sufrían de emaciación (pérdida importante de peso) y 149 millones de retraso en el crecimiento.³⁰ Un niño con malnutrición severa tiene nueve veces más probabilidades de morir por infecciones, incluida la neumonía, en comparación con un niño bien alimentado.³¹ Los niños provenientes del 20% de los hogares más pobres tienen dos veces más probabilidades de sufrir retrasos en el crecimiento y corren un riesgo de emaciación del 40% superior al de los niños provenientes del 20% de los hogares más ricos.³² Y, mientras que el 80% de los niños que terminan el tratamiento para la malnutrición severa se curan³³, en la actualidad, menos del 20% de los niños que necesitan tratamiento lo reciben.³⁴

Los países con altas cargas de neumonía y malnutrición, en particular de malnutrición aguda, deberían aumentar los programas para combatir la malnutrición en la atención primaria de salud, incluida la mejora de la alimentación del lactante y del niño pequeño, el asesoramiento en materia de nutrición, la vigilancia del crecimiento y las actividades para promover un cambio de comportamiento en relación con la alimentación y la búsqueda de ayuda médica. Los enfoques orientados a la asistencia integral, como la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y el manejo de casos comunitario e integrado de enfermedades infantiles (ICM, por sus siglas en inglés), representan unas estrategias clave para abordar la neumonía al nivel de la atención primaria de salud y para integrar la gestión comunitaria de la malnutrición aguda. La financiación para la malnutrición también necesita aumentar urgentemente. La cumbre "Nutrición para el Crecimiento" que se celebrará en Tokio en 2020 es una ocasión

única para galvanizar a los líderes mundiales con el fin de que aborden la cuestión del déficit actual de financiación.³⁵

Esto requerirá un aumento importante de la financiación a nivel nacional y de los mecanismos innovadores de esta, con el apoyo de la ayuda internacional para el desarrollo. La financiación para la nutrición necesita también alinearse con la mejora de la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal.

Mejorar las prácticas en la lactancia

Los recién nacidos están particularmente expuestos a las infecciones y la neumonía es la causante de la muerte de 153.000 nacidos en 2018 (6% del total de las muertes entre los recién nacidos).³⁶ Los bebés nacidos de madres que estaban bien alimentadas cuando se quedaron embarazadas, que recibieron servicios de nutrición durante y después del embarazo y que ofrecieron lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, tienen menos probabilidades de enfermar o de morir de neumonía, o de otras infecciones.³⁷ La lactancia administrada en las primeras horas y días de la vida de un bebé protege contra las bacterias neumocócicas y otros patógenos, y refuerza las defensas naturales del bebé. Sin embargo, las tasas de alimentación con calostro en muchas zonas con alto riesgo de neumonía siguen siendo demasiado bajas.³⁸ La lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida y la lactancia continua hasta los dos años o más con la introducción gradual de alimentos complementarios, puede igualmente reducir el riesgo de los bebés de enfermar o de morir de neumonía.³⁹ A pesar de las propiedades protectoras de la leche materna, menos de la mitad de los recién nacidos de los países de ingreso bajo, y solo un tercio de los nacidos en países de ingreso mediano bajo, reciben lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida.⁴⁰



Nakwan, de solo 7 días, tiene neumonía. Está siendo tratada en una clínica en el norte de Kenia. Foto: Fredrik Lerneryd/Save the Children

DIAGNOSTICAR Y TRATAR a los niños enfermos de neumonía

Mejorar la búsqueda de ayuda médica

La mejora en la búsqueda de ayuda médica es fundamental para garantizar que los niños sean vistos y examinados por un agente comunitario que pueda diagnosticarlos y tratarlos de manera eficaz o derivarlos para que reciban cuidados especiales. De manera global, solo el 68% de los niños con sospecha de neumonía es transferido a un centro sanitario.⁴¹ Este porcentaje es muy inferior en la mayoría de los países más afectados por la neumonía; por ejemplo, en Somalia y Benín solo el 46% de los niños sospechosos de estar enfermos de neumonía son llevados a un centro sanitario.⁴²

En general, solo el 60% de los niños con síntomas de neumonía de los hogares más pobres y el 65% de las zonas rurales son llevados a un centro sanitario, en comparación con el 78% y el 74% de los niños de los hogares más ricos y urbanos.⁴³ Mejorar la búsqueda de ayuda médica requiere mayor compromiso y comunicación con las familias y las comunidades.

Aumentar la prestación de servicios integrales y la calidad de la asistencia

Una mayor demanda de servicios debe estar acompañada de una mejora en la disponibilidad y accesibilidad de unos servicios de salud completos y de alta calidad, particularmente para los niños más desfavorecidos y marginalizados. Se ha demostrado que un conjunto

de intervenciones claves a nivel comunitario, entre otros las vacunas y el tratamiento para la neumonía, tiene el mayor impacto en la prevención de muertes prevenibles en menores de cinco años.⁴⁴

Un mayor acceso a la atención primaria de salud al nivel comunitario también requiere que funcionen el sistema de referencia y las vías de transporte, la recogida de datos y los sistemas de seguimiento.

La AIEPI aplicada en los centros de atención primaria de salud y la ICCM implementada por los agentes de salud comunitarios son estrategias fundamentales a la hora de abordar la neumonía y otras causas clave de las enfermedad y muerte de los niños. Si bien ha habido avances, la cobertura de estos servicios sigue siendo irregular y solamente un puñado de países ha reconocido la ICCM como una estrategia clave para la supervivencia infantil y la ha llevado a gran escala. En los últimos años, el Fondo Mundial ha dado un gran apoyo para aumentar la implementación de la ICCM, incluyendo la formación de los agentes de salud comunitarios y los productos relacionados con la malaria. Sin embargo, la financiación de tratamientos para la neumonía y la diarrea, no cubiertos por el Fondo Mundial, supone un desafío importante. Muy pocos países financian la gestión integral comunitaria con partidas provenientes de sus presupuestos de salud. El reciente y exitoso esfuerzo de reposición de recursos del Fondo Mundial y las próximas asignaciones por países ofrece la oportunidad de promover de manera contundente la ICCM y de impulsar los compromisos de los países en servicios e insumos para la salud de los niños, a la vez que se definen las necesidades presupuestarias generales y la falta de recursos.

Cuadro 1: Emran, con 13 días de vida, se cura de neumonía grave

Mientras Honufa, agente de salud comunitaria, realizaba sus visitas rutinarias casa por casa en un remoto pueblo de la división de Barisal en Bangladesh, se encontró con Sharmin, preocupada por su hijo Emran, de 13 días. Sharmin se quejaba de que su hijo no conseguía mamar, respiraba de manera rápida y de que su pecho se estaba hundiendo. Honufa reconoció inmediatamente los peligrosos síntomas de la neumonía y recomendó a Sharmin que acudiera a la clínica comunitaria más cercana.

A los 15 minutos de ser examinado por Naznine, un agente de salud de la clínica comunitaria, a Emran le diagnosticaron neumonía y le administraron la primera dosis de amoxicilina dispersable. Naznine enseñó a Sharmin cómo administrar los comprimidos durante los próximos siete días y cómo cuidar de Emran en casa. Gracias a la rápida derivación, diagnóstico y tratamiento, Emran se recuperó por completo.

Como todos los agentes comunitarios de Bangladesh, Naznine había recibido una formación sobre el diagnóstico y la gestión de la neumonía. Las inversiones del Gobierno en reforzar los centros sanitarios a nivel comunitario, con el apoyo de organizaciones como Save the Children, supone que las comunidades tienen ahora acceso a servicios de salud y a agentes de salud formados más cerca de sus hogares. Ya no tienen que desplazarse a clínicas del subdistrito y soportar la enorme carga financiera de un tratamiento hospitalario. También significa que se pueden iniciar los tratamientos mucho antes.



Emran, con su madre, Sharmin, en la foto, recibió un tratamiento contra la neumonía en una clínica comunitaria de Bangladesh. Fue referido para recibir el tratamiento por un voluntario comunitario que había recibido la formación adecuada.

Foto: Md. Touqir Islam/Save the Children

Garantizar el acceso a insumos esenciales

Detectar o gestionar la neumonía infantil es un desafío, ya que no existe un test de diagnóstico único; los agentes de salud confían, por lo tanto, en evaluar e interpretar signos y síntomas. Esto conlleva el riesgo tanto de sobre diagnosticar como de lo contrario, con el resultado de que algunos niños no tendrán acceso al tratamiento, mientras que otros recibirán un tratamiento que no necesitan, contribuyendo de esta forma a la resistencia a los antibióticos y al desperdicio de los medicamentos. La amoxicilina en comprimidos dispersables, asequible y altamente eficaz, es el tratamiento de primera línea recomendado para la neumonía infantil, pero la cobertura sigue siendo baja en muchos lugares. Es muy preocupante la casi completa falta de acceso a la oximetría de pulso, un mecanismo no invasivo para medir los niveles de oxígeno en sangre, y la falta de disponibilidad de oxígeno para uso médico a todos los niveles del sistema de salud en los países más afectados por la neumonía, lo que significa que muchos niños mueren de neumonía por falta de oxígeno. Unitaid ha invertido recientemente más de 40 millones de dólares estadounidenses para ampliar el acceso a los oxímetros de pulso en varios países con alta carga de neumonía, lo que ayudará a identificar y referir a los niños muy enfermos, y a salvar vidas.

Invertir en los agentes de salud

Para prevenir y tratar la neumonía se necesita a un agente de salud con la formación adecuada, las competencias, los medicamentos y suministros necesarios, con base en un centro de salud funcional o en su comunidad. Sin embargo, muchos países sufren de la falta acuciante de agentes de salud, con su cantidad y calidad en peligro. A escala mundial, se estima que se necesitan 18 millones de trabajadores sanitarios más en 2030 para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenibles relativos a la cobertura universal.⁴⁵ De acuerdo

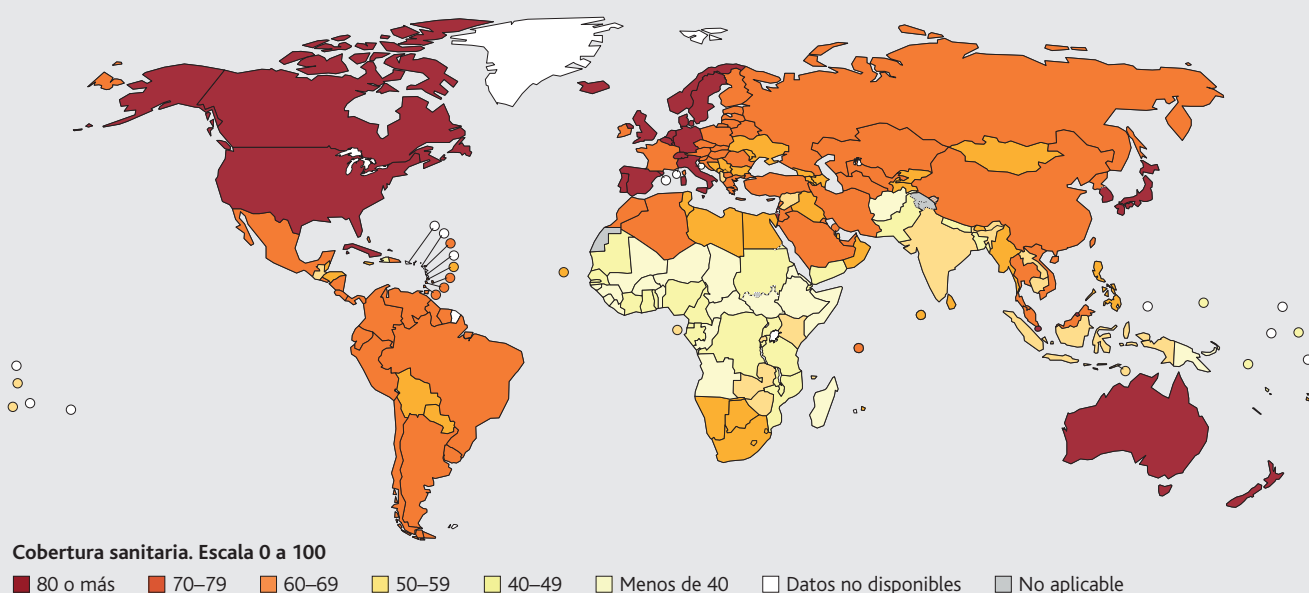
con los estándares de la OMS, se necesitan como mínimo 44,5 médicos, enfermeros o matronas por cada 10.000 personas. La falta de agentes de salud es más común en los países de ingreso mediano y bajo.⁴⁶ Si bien se considera que los agentes de salud comunitarios son una pieza clave en las intervenciones que salvan vidas, el apoyo a estos profesionales y su integración en los sistemas de salud y en las comunidades es desigual entre los países y dentro de estos.⁴⁷

Conseguir la cobertura sanitaria universal para llegar a todos los niños

Poner fin a las muertes de los niños por neumonía solo se puede conseguir si los países hacen mayores esfuerzos en alcanzar la cobertura sanitaria universal; y la neumonía será la prueba definitiva para saber si se puede de verdad conseguir la cobertura sanitaria universal para todos los niños. Los Gobiernos tienen la responsabilidad crucial de respetar este derecho, de garantizar que los niños tienen acceso a un conjunto de cuidados sanitarios esenciales de calidad, gratuitos, y de priorizar a los más desfavorecidos. Los sistemas de salud deben prestar una asistencia de calidad a los niños, a todos los niveles.⁴⁸

Si bien se ha progresado globalmente en la cobertura sanitaria universal,⁴⁹ un tercio de la población mundial (34%) está todavía fuera.⁵⁰ Existen unas diferencias enormes entre los países de ingreso mediano bajo y los países en situación de conflicto, con la cobertura más baja (véase Mapa 1).⁵¹ La búsqueda de ayuda médica para un niño con síntomas de neumonía es el indicador utilizado para hacer el seguimiento del "tratamiento del niño" en índice de cobertura universal de los servicios de salud (*UHC Service Coverage Index*). Sin embargo, los países más afectados por la neumonía están lejos de alcanzar la meta del 90% de los niños con síntomas de neumonía recibiendo asistencia médica.⁵²

Mapa 1: Cobertura sanitaria universal por países



Fuente: WHO, 2019. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. WHO: Geneva.

Nota: Este mapa ha sido elaborado por la OMS. Los límites, los colores y otras designaciones utilizados en esta mapa y publicación no implican, de parte de la OMS o del Banco Mundial, ninguna opinión o juicio sobre la situación legal de ningún país, territorio, ciudad, área o de sus autoridades, ni ninguna aprobación o aceptación de dichos límites o fronteras.

El gasto de los Gobiernos en atención sanitaria es demasiado bajo en muchas partes del mundo lo que lleva a que los pacientes deban pagar los tratamientos que reciben. Los Gobiernos deberían aumentar el gasto en salud pública, con el objetivo de alcanzar el 5% del PIB, priorizando el gasto en atención primaria y recaudando fondos de manera equitativa. El mecanismo mundial de financiamiento para la salud de mujeres, niños y adolescentes (The Global Financing Facility for Women's Children's and Adolescents' Health) juega un papel fundamental en ayudar a los países a aumentar sus recursos internos con el fin de ayudar a los más excluidos.

La primera Cumbre de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal celebrada en 2019 dio lugar a una declaración política⁵³, con el compromiso de fortalecer la atención primaria, la financiación de la salud y de no dejar a nadie de lado. Esto siguió a la Declaración de Astana, de octubre 2018, que volvió a centrar los esfuerzos en la atención primaria de salud. Los Gobiernos deberán rendir cuentas por estas promesas, tanto a nivel nacional como a través de mecanismos mundiales de información y de rendición de cuentas, tales como la Asamblea Mundial de la Salud, los informes sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la plataforma UHC2030.⁵⁴

Cuadro 2: Abordar la neumonía en contextos humanitarios

A menudo, causas frecuentes de enfermedad y de muertes se intensifican en contextos humanitarios, como ocurre con muchos factores de riesgo de la neumonía, tales como la malnutrición, las oportunidades fallidas de vacunación, la contaminación del aire y la masificación, al tiempo que los sistemas de salud corren el riesgo de desmoronarse. La neumonía es una de las principales causas de morbilidad en contextos de crisis, causando la muerte del 20% al 35% entre los niños menores de cinco años.⁵⁵ Cuatro de los cinco países con necesidades humanitarias excepcionales en 2019⁵⁶ – RDC, Etiopía, Nigeria y Sudán del Sur – se encuentran también entre los diez países con el mayor número de muertes por neumonía infantil o con la tasa de mortalidad por neumonía infantil más elevada.

Prevenir que los niños enfermen

Los niños sin vacunar se encuentran en forma desproporcionada en los estados frágiles o afectados por conflictos. Más de la mitad se concentran en 16 países – Afganistán, República Centroafricana, Chad, RDC, Etiopía, Haití, Irak, Mali, Níger, Nigeria, Pakistán, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Siria y Yemen. Los programas de inmunización se interrumpen a menudo en los contextos humanitarios y, cuando se reinician, las únicas vacunas fiables y sistemáticamente introducidas son para proteger contra el sarampión, la polio y el tétanos. Y esto, a pesar de marco de la OMS de vacunación en emergencias humanitarias agudas, que incluye otras vacunas de rutina en su listado, como por el ejemplo la PCV.⁵⁷

Una barrera que perdura desde hace tiempo para la utilización de la PCV es el precio. Después de muchas campañas de *advocacy* en este terreno, en 2016 GSK y Pfizer se comprometieron a ofrecer sus vacunas PCV en contextos humanitarios al precio global más bajo. Save the Children, Médicos sin Fronteras, la OMS y UNICEF han establecido un "mecanismo humanitario" para que se materialice este compromiso⁵⁸. Después de dos años, el mecanismo ha contribuido a la inmunización de alrededor 647.000 niños y tiene el potencial de aumentar de manera significativa el acceso a la inmunización en el futuro.

Diagnosticar y tratar a los niños enfermos de neumonía

Si bien los sistemas de salud pueden venirse abajo o ser inaccesibles para una gran parte de la población durante las crisis humanitarias, se ha demostrado que los agentes de salud comunitarios tienen la capacidad de prestar servicios continuos, incluso la ICCM, creando así una posibilidad de atención sanitaria para las poblaciones afectadas. La ICCM es un enfoque crucial para ayudar a llegar a los niños más desfavorecidos y marginalizados y se debería reforzar y priorizar en respuestas humanitarias. Es preciso aunar esfuerzos para superar los desafíos en la aplicación de la ICCM en estos contextos, tales como los obstáculos para acceder a los centros de referencia, la falta de medicamentos y suministros, el seguimiento interrumpido, una demanda creciente de agentes de salud comunitarios y los riesgos en la seguridad de los pacientes y de los trabajadores sanitarios.⁵⁹



Luc, de un año de edad, está siendo tratado por neumonía severa en un hospital en RDC; su madre, Makenda, espera a su lado. Foto: Jonathan Hyams/Save the Children the Children

INNOVAR para mejorar el acceso a tecnologías y servicios asequibles y eficientes para la neumonía

Solo el 3% del total del gasto para la investigación en enfermedades infecciosas se destina a la neumonía,⁶⁰ a pesar de que esta es la causa del 15% de las muertes de los niños menores de cinco años. La innovación puede catalizar y acelerar los avances, pero se debe poner el énfasis en aquellas innovaciones que respondan a las necesidades de los países más afectados y que mejoren la equidad.

Nuevas vacunas que atacan a la principal causa vírica de la neumonía (el virus respiratorio sincitial, VRS) se encuentran en las últimas fases de desarrollo, y nuevas tecnologías que reducen la dependencia del almacenamiento de las vacunas en las cadenas de frío están dando resultados prometedores. También se está investigando para identificar estrategias óptimas de inmunización masiva con la PCV para las poblaciones afectadas por las crisis, así como sobre el potencial de campañas de vacunación puntuales con la PCV para las poblaciones desplazadas.

Hay una necesidad urgente de diagnósticos eficientes de enfermedades como la neumonía. Los dispositivos que miden la frecuencia respiratoria, además de la oximetría de pulso y otros signos vitales, tales como la temperatura y el pulso,

están avanzando rápidamente y deben ser incorporados a los servicios de salud. Se ha demostrado que se pueden hacer ecografías de pulmón – más fácilmente transportable y menos peligroso y costoso que los rayos X, en lugares con recursos escasos.⁶¹

Innovaciones prometedoras en los tratamientos incluyen formas de producir, almacenar, distribuir y transportar oxígeno médico, sistemas de apoyo a la ventilación más robustos, y calendarios simplificados de tratamiento con antibióticos con formulaciones adaptadas a los niños. Sin embargo, falta, de manera alarmante, un *pipeline* de antibióticos en una época de resistencia a los antimicrobianos; hay que abordar este problema. También se necesitan innovaciones que puedan reducir dos de los factores de riesgo más importantes para la muerte por neumonía infantil: la emaciación (la pérdida importante de peso) y la mala calidad del aire. Todas estas áreas deberían ser, de manera creciente, centro de atención de la investigación y desarrollo en los próximos años. Las asociaciones público-privadas tienen un papel que jugar en el apoyo a esto.



Sohai, de dos años, está siendo tratado por neumonía aguda en un centro de atención primaria en Cox's Bazar, en Bangladesh. Foto: Jonathan Hyams/Save the Children

Ha llegado el momento de actuar – El Foro Global sobre neumonía infantil

Con diez años para cumplir con los ODS – y cinco, para las metas del GAPPD – ha llegado el momento de actuar para reducir las muertes por neumonía y mejorar la supervivencia de los niños. Si fallamos, podríamos robarles el futuro a 11 millones de niños.⁶² El Foro Global sobre neumonía infantil, que tendrá lugar del 29 al 31 de enero en España, es una ocasión única para galvanizar urgentemente acciones necesarias al nivel nacional y movilizar a los Gobiernos, los socios de la ayuda al desarrollo y la comunidad de donantes. El Foro también demostrará el poder de las asociaciones tales como la coalición *Every Breath Counts*.⁶³

El Foro Global continúa con la labor de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud y la Cumbre de Alto Nivel

de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal, donde los Gobiernos hicieron unos compromisos que ahora deben traducirse en acciones concretas y ser monitoreados. El Foro Global, que se celebrará en vísperas de la reposición de recursos de Gavi, que tendrá lugar en 2020, y de la cumbre "Nutrición para el Crecimiento" que se celebrará en Tokio en 2020, alentará a los donantes a que apoyen a los Gobiernos, reforzando la inmunización, la nutrición, la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal. Este foro es una oportunidad real para galvanizar la lucha contra la neumonía infantil. Animamos a los Gobiernos y a los socios a que dirijan el progreso hacia un mundo en el que ningún niño muera, innecesariamente, de neumonía.

Llamamiento a la acción global sobre neumonía infantil

1. **Desarrollar estrategias de control de la neumonía** como parte de un plan más amplio para conseguir la cobertura sanitaria universal y comprometerse a reducir la tasa de muertes por neumonía infantil a 3 por 1.000 niños nacidos vivos; la meta del Plan de Acción para la Neumonía y la Diarrea (GAPPD).
2. **Reforzar la calidad de la atención primaria de salud y actuar contra la neumonía** como parte de unos planes nacionales multisectoriales mediante estrategias integrales (entre otras, nutrición, agua potable, saneamiento e higiene y calidad del aire), incluso a nivel comunitario, centrándose en los niños más desfavorecidos y marginalizados.
3. **Aumento de las inversiones en salud y nutrición a nivel nacional por parte de los Gobiernos** (hasta, al menos, 5% del PIB en salud) y garantizar que el aumento de la inversión mejore el acceso a los servicios de salud y nutrición para los niños, incluso eliminando las tasas para los usuarios, abordando el problema de las barreras no financieras a la asistencia médica y priorizando los servicios de atención primaria de salud.
4. **Mejorar la gobernanza en materia de salud** garantizando la rendición de cuentas, la transparencia y la inclusión en la planificación, la presupuestación y el seguimiento del gasto, incluso para las estrategias de control de la neumonía.
5. **Acelerar la cobertura vacunal** apoyando la reposición de recursos de Gavi en 2020 y garantizando que la inversión conduzca a una cobertura vacunal más equitativa y que mejore la asequibilidad de las vacunas.
6. **Mejorar la ayuda oficial al desarrollo** aumentando las partidas dirigidas a los servicios de salud para los niños y promocionando la consecución de la cobertura sanitaria universal (en línea con los planes y las prioridades nacionales), incluso mediante compromisos financieros como parte de la reposición de recursos de Gavi y de la cumbre "Nutrición para el Crecimiento".
7. **Interactuar con el sector privado para mejorar el acceso** a vacunas asequibles y de calidad, herramientas de diagnóstico, nuevos antibióticos, medicamentos y oxígeno medicinal, especialmente para los niños más desfavorecidos y marginalizados.
8. **Medir e informar del avance en la consecución de la cobertura sanitaria universal** con el fin de promover la rendición de cuentas en el desarrollo de sistemas de salud más robustos que proporcionen una atención primaria de salud de calidad y que reduzcan las muertes de niños, incluso por neumonía, así como respecto de las metas de supervivencia infantil de los ODS y las metas del GAPPD.
9. **Priorizar la investigación, el desarrollo y la innovación** con el fin de mejorar el acceso a las tecnologías y servicios más asequibles y eficientes para la prevención, diagnóstico, derivación, y tratamiento de la neumonía.
10. **Promover asociaciones multisectoriales** entre las comunidades que trabajan para la salud y la nutrición infantil y las comunidades más generales de control de las infecciones, aire puro, agua potable, saneamiento e higiene y de desarrollo financiero.

Anexo 1 – Países con alta carga de neumonía⁶⁴

País	Núm. de muertes por neumonía en menores de 5 años (2018)	Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años por 1.000 niños nacidos vivos (2018)	Porcentaje de muertes por neumonía en menores de 5 años (2017)	Tasa de reducción media anual de muertes por neumonía 2000–18 (%)	Año estimado de consecución de la meta del GAPPD para el 2025 con la tasa de avance actual
Nigeria	161.515	21,7	18,6	1,5	Después de 2050
India	126.535	5,2	14,3	6,7	2026
Pakistán	57.970	9,7	14,2	4,4	2044
RDC	39.796	11,5	13,4	3,0	Después de 2050
Etiopía	32.006	9,0	16,8	6,4	2035
Indonesia	19.152	4,0	15,8	4,8	2024
China	18.382	1,1	12,6	10,7	2009
Chad	17.783	27,2	23,7	1,6	Después de 2050
Angola	16.270	12,9	17,3	6,4	2040
Tanzania	15.288	7,4	14,3	6,2	2032
Somalia	15.165	24,1	20,7	2,1	Después de 2050
Níger	12.803	12,3	15,5	6,8	2038
Mali	12.557	15,8	16,7	4,7	Después de 2050
Bangladesh	11.967	4,1	13,5	8,1	2022
Sudán	11.463	8,5	14,4	5,3	2037
Afganistán	11.086	9,2	14,9	5,1	2039
Mozambique	10.206	9,2	12,9	4,4	2043
Costa de Marfil	10.142	11,3	14,4	1,7	Después de 2050
Uganda	10.065	6,2	13,6	6,9	2028
Camerún	9.955	11,1	15,0	4,7	2045
Filipinas	9.919	4,5	15,8	3,2	2031
Kenia	8.856	6,0	14,7	5,8	2029
Guinea	8.072	17,8	18,2	1,9	Después de 2050
Sudán del Sur	7.641	19,7	20,3	3,0	Después de 2050
Benín	5.193	12,5	13,8	3,4	Después de 2050
Haití	3.643	13,5	20,9	3,5	Después de 2050
Sierra Leona	3.491	13,6	13,2	5,3	2046
República Centroafricana	2.949	17,8	15,5	1,3	Después de 2050
Guinea Ecuatorial	539	12,4	15,0	3,1	Después de 2050
Islas Comores	315	11,9	17,9	3,0	Después de 2050

Notas al final

- 1 Análisis de UNICEF basado en las estimaciones provisionales de la OMS y del grupo *Maternal and Child Epidemiology Estimation* de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes del año 2017 a las estimaciones para el año 2018 del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.
- 2 Convención sobre los Derechos del Niño: <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>
- 3 Entre 2000 y 2008, las muertes por neumonía infantil descendieron un 54% comparado con el 81% para el sarampión, el 6% para el tétanos, el 67% para el VIH-Sida, el 64% para la diarrea y el 59% para la malaria. Estimaciones de 2017 de la OMS y del grupo *Maternal and Child Epidemiology Estimation*.
- 4 Cálculo de los progresos hacia la meta del GAPPD basado en la tasa anual de cambio de 2000 a 2017; OMS y UNICEF (2013). Acabar con las muertes prevenibles por neumonía infantil en 2025: Plan de Acción para la Neumonía y la Diarrea (GAPPD).
- 5 Objetivo 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- 6 La alta carga de neumonía se refiere tanto al número de muertes por neumonía como a la tasa de mortalidad por neumonía (véase la lista de países en el Anexo 1).
- 7 Cálculo de progreso en relación con la meta del GAPPD basado en el porcentaje anual de cambio de 2000 a 2017.
- 8 El informe de Medida del Progreso incluye un total de 23 países – los 15 primeros por número de muertes en menores de cinco años por neumonía y diarrea (combinadas), y los 15 primeros por tasa de mortalidad en menores de 5 años por neumonía y diarrea (combinadas) con siete países que aparecen en ambas listas. Clasifica los países en base a los datos más recientes de los diez indicadores del GAPPD – Protección: lactancia exclusiva; Prevención: cobertura de DTap3, MCV1 Hib3, PCV3 y RotaC; y Tratamiento: sales de rehidratación oral y cinc para la diarrea, y antibióticos y la visita de un proveedor de salud apropiado para la neumonía/IRA. Véase informe de medida del progreso: <https://www.jhsph.edu/ivac/resources/pdpr/>
- 9 Comparación de las tasas de mortalidad en menores de cinco años en los quintiles más ricos y más pobres en 74 países con datos del 2012 o posteriores. Fuente de los datos: DHS o MICS a través de GRID, el instrumento de seguimiento de la desigualdad entre los niños de Save the Children. Los datos están ponderados por el número de nacimientos por país.
- 10 Inmunización OMS. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>, última visita el 22 de octubre de 2019.
- 11 Johns Hopkins University / International Vaccine Access Centre (2019). *Methodology Report: Decade of Vaccines Economics – Return on Investment Analysis*. Véase: <http://immunizationeconomics.org/dove-roi>
- 12 OMS (2019). 20 millones de niños no recibieron vacunas vitales contra el sarampión, la difteria y el tétanos en 2018 (nota de prensa). <https://www.who.int/news-room/detail/15-07-2019-20-million-children-miss-out-on-lifesaving-measles-diphtheria-and-tetanus-vaccines-in-2018>, última visita el 29 de octubre de 2019.
- 13 OMS (2019). *Global and regional immunisation profile*. https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/gsgloprofile.pdf?ua=1
- 14 El desafío de los altos precios de las vacunas sigue siendo un problema que los Gobiernos y los socios de la ayuda al desarrollo continúan denunciando. En la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019 los países aprobaron una resolución para mejorar la transparencia en los mercados de medicamentos, vacunas y otros productos sanitarios. Véase: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_ACONF2Rev1-en.pdf. Anteriormente, durante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud en 2014, muchos países reclamaron más transparencia sobre los precios, información sobre los costes de producción, apoyo para mejorar la capacidad de negociación y acceso a precios más bajos. La asequibilidad de las vacunas fue también una cuestión que plantearon los ministros de Sanidad en las siguientes asambleas mundiales de la salud y en la Conferencia Ministerial sobre Inmunización en África en 2016. Esto fue también un hallazgo clave a partir de las consultas llevadas a cabo por el grupo de trabajo de la OMS para Estrategias de País de Mediano y Bajo Ingresos (MIC por sus siglas en inglés) véase: http://who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/database/en/
- 15 Ciertos países seleccionados por Gavi no han introducido todavía la PCV (Chad, Somalia, Sudán del Sur, Vietnam, Ucrania) o tienen una baja cobertura (India, Nigeria, República Centroafricana, Indonesia, Laos, Mongolia, Papúa Nueva Guinea), según el International Vaccine Access Center <https://view-hub.org/>
- 16 International Vaccine Access Center. Véase: <https://view-hub.org/>, último acceso el 29 de octubre de 2019.
- 17 Análisis de UNICEF de los informes de evaluación de DHS y MICS vía WHO Health Equity Monitor para el periodo 2012–2017.
- 18 Gavi – La Alianza para las Vacunas (2019). Gavi ha establecido el ambicioso objetivo de inmunizar a 300 millones de personas en 2030, sin dejar a nadie atrás (Comunicado de prensa). Véase: <https://www.gavi.org/library/news/press-releases/2019/gavi-sets-ambitious-goal-to-immunise-300-million-people-by-2025-leaving-no-one-behind/>, último acceso el 29 de octubre de 2019.
- 19 IHME (2017). Global Burden of Disease. Véase: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- 20 IHME (2017). Global Burden of Disease. Véase: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- 21 UNICEF (2019). África se asfixia en silencio: la creciente amenaza del aire contaminado. Véase: <https://www.unicef.org/reports/silent-suffocation-in-africa-air-pollution-2019>
- 22 IHME (2017). Global Burden of Disease. Véase: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- 23 IHME (2017). Global Burden of Disease. Véase: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- 24 Luby, SP, Agboatwalla, M, Feikin, DR, Painter, J, Billhimer, W, Altaf, A, & Hoekstra, RM (2005). *Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial*. The Lancet, 366(9481), 225–233.
- 25 Kumar, S *et al.* “Handwashing in 51 countries: Analysis of proxy measures of handwashing behavior in multiple indicator cluster surveys and demographic and health surveys, 2010–2013.” The American journal of tropical medicine and hygiene 97.2 (2017): 447–459.
- 26 Los países menos desarrollados son países de ingreso bajo que se enfrentan a graves obstáculos estructurales para un desarrollo sostenible, muy vulnerables a las sacudidas económicas y medioambientales y con bajos niveles de capital humano. <https://www.un.org/development/desa/dpad/least-developed-country-category.html>
- 27 UNICEF y OMS (2019). Avances en agua potable saneamiento e higiene: especial atención a las desigualdades, 2000–2017.
- 28 OMS y UNICEF (2019). Agua, saneamiento e higiene (WASH, por sus siglas en inglés) en los centros sanitarios. Véase: <https://data.unicef.org/resources/wash-in-health-care-facilities/>
- 29 Black RE, Victoria CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M *et al.* *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries*. The Lancet Series: Maternal and Child Nutrition. 2013; 382:427–451.
- 30 UNICEF/OMS/Banco Mundial. Estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil 2019.
- 31 UNICEF. Malnutrición grave aguda. Véase: https://www.unicef.org/nutrition/index_sam.html, última visita el 29 de octubre de 2019.
- 32 Comparación de las tasas de emaciación y retraso en el crecimiento en los quintiles más ricos y más pobres de 81 países, con datos de 2012 o posteriores. Fuente de los datos: DHS o MICS a través de GRID, el instrumento de seguimiento de la desigualdad entre los niños de Save the Children. Los datos están ponderados por la población menor de 5 años por país.

- 33 Shekar, Meera; Kakietek, Jakub; Dayton Eberwein, Julia; Walters, Dylan. 2017. *An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting*. Banco Mundial, Washington D.C. Véase: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/26069>
- 34 Los cálculos para la malnutrición severa aguda están basados en: UNICEF Nutridash, edición 2016, y para la malnutrición moderada en datos del PAM para 2016. <https://www.nowastedlives.org/the-facts>
- 35 Gobierno de Japón (2019), Cumbre Nutrición para el Desarrollo, Tokio, 2020: visión y hoja de ruta – versión agosto de 2019.
- 36 Análisis de UNICEF basado en las estimaciones provisionales de la OMS y del grupo *Maternal and Child Epidemiology Estimation* de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes del año 2017 a las estimaciones para el año 2018 del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.
- 37 Lamberti, L et al. (2013). *Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis*. BMC Public Health 13(Suppl 3): S18. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S18>
- 38 Khan J, Vesel L, Bahl R, Martinez JC. *Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity – a systematic review and meta-analysis*. Matern Child Health J. 2015;19(3):468–79; UNICEF. Infant and young child feeding, Véase: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
- 39 Lamberti, L.M. et al. (2013). *Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis*. BMC Public Health 13(Suppl 3): S18. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-S3-S18>
- 40 Datos de UNICEF. *Monitoring the Situation of Children and Women – Infant and young children*. Véase: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>, last accessed 20 August 2018.
- 41 Bases de datos mundiales de UNICEF, basadas en DHS, MICS y otros y otras encuestas por hogares, actualizado en agosto de 2019.
- 42 Bases de datos mundiales de UNICEF, basadas en DHS, MICS y otros y otras encuestas por hogares, actualizado en agosto de 2019.
- 43 Bases de datos mundiales de UNICEF, basadas en DHS, MICS y otros y otras encuestas por hogares, actualizado en agosto de 2019.
- 44 Black RB, Levin C, Walker N, Chou D, Liu L, Temmerman M for the DCP3 RMNCAH Author's Group. *Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: key messages from disease control priorities 3rd Edition*. Lancet 2016.
- 45 OMS (2016). *Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Ginebra.
- 46 UNICEF (2019). *Healthy Mothers, Healthy Babies: Taking Stock of Maternal Health*, UNICEF, Nueva York.
- 47 OMS (2019). Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios. Véase: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf?ua=1>
- 48 La Comisión del Lancet *High-Quality Health Systems in the SDG Era* sostiene que “Los sistemas de salud de alta calidad deberían guiarse por cuatro valores: están ahí para las personas y son equitativos, resilientes y eficientes”. Está en curso un movimiento mundial para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud para las mujeres, los recién nacidos y los niños. En 2018 la OMS publicó las normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de los niños y los adolescentes. La calidad de las normas de atención abarca la prestación de servicios clínicos basada en la evidencia, una reconocida experiencia en el cuidado de los niños y de sus familias, un equipo de agentes de salud equipados, motivados, supervisados y apoyados, así como unas instalaciones dotadas con material pediátrico, tecnologías, recursos humanos e infraestructura. Con base a estas y otras normas similares para mejorar la calidad de la atención a la madre y al recién nacido, la OMS y UNICEF han lanzado la “Red para mejorar la calidad de la atención de la salud de la madre, el recién nacido y el niño” (el QoC Network).
- 49 Medido mediante un índice con 16 indicadores de seguimiento.
- 50 El índice relativo a la cobertura sanitaria universal se basa en 16 indicadores de seguimiento que miden los progresos realizados en el indicador del ODS 3.8.1; OMS (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage – Informe de Seguimiento 2019*. Véase: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1
- 51 OMS. Observatorio mundial de la salud. Índice relativo a la cobertura sanitaria universal.
- 52 Stop Pneumonia (2019). *Pneumonia Careseeking Scorecard 2019*. <https://stoppneumonia.org/pneumonia-careseeking-scorecard-2019/>
- 53 Asamblea General de la ONU (2019). Declaración de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Véase: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure.pdf>
- 54 UHC2030 es una plataforma de múltiples partes interesadas para promover el trabajo colaborativo en los países y, globalmente, en el refuerzo de los sistemas de salud. Véase: www.uhc2030.org.
- 55 Bellos, A, Mulholland, K, O'Brien, KL, Qazi, SA, Gayer, M, Checchi, F. *The burden of acute respiratory infections in crisis-affected populations: a systematic review*. Confl Health, 4 (2010), p. 3
- 56 Siria, RDC, Etiopía, Nigeria y Sudán del Sur han sido identificados como países con unos niveles excepcionalmente altos de necesidad humanitaria en 2019. Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (2019). *Global Humanitarian Overview 2019*. Véase: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHO2019.pdf>
- 57 WHO (2017). *Vaccination in Acute Humanitarian Emergencies: A Framework for Decision Making*. Geneva: WHO.
- 58 OMS (2017). *Accessing Affordable and Timely Supply of Vaccines for use in Humanitarian Emergencies: the Humanitarian Mechanism* (WHO Working Document). Véase: https://www.who.int/immunization/programmes_systems/sustainability/The_Humanitarian_Mechanism_ToRs.pdf?ua=1
- 59 Save the Children (2019). *Community case management in humanitarian settings – Guidelines for humanitarian workers*. Véase: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/15870/pdf/iccm-guide_formatted-online.pdf
- 60 Brown, R and Head, M (2018). *Research Investments in Global Health Study (ResIn). Sizing up Pneumonia Research: Assessing Global Investments in Pneumonia Research 2000–2015*. Southampton, UK: ResIn.
- 61 Nadimpalli, A et al. (2019). *Feasibility of Training Clinical Officers in Point-of-Care Ultrasound for Pediatric Respiratory Diseases in Aweil, South Sudan*. Am J Trop Med Hyg, Sep 2019;101(3):689–695; Iorio, G et al. (2015). Lung ultrasound in the diagnosis of pneumonia in children: proposal for a new diagnostic algorithm. PeerJ. 2015; 3: e1374; Ellington, LE et al. (2017). Lung ultrasound as a diagnostic tool for radiographically-confirmed pneumonia in low resource settings. Respir Med. 2017 Jul; 128: 57–64; Zar, HJ, Andronikou, S., Nicol MP (2017). Advances in the diagnosis of pneumonia in children. BMJ 2017;358:j2739; Prina, E, Ranzani, OT, Torres, A (2015). Community- acquired pneumonia. Lancet 286(9998); Lenahan, JL et al. (2018) Multicentre pilot study evaluation of lung ultrasound for the management of paediatric pneumonia in low-resource settings: a study protocol. BMJ Open Resp Res 2018;5:e000340
- 62 Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Informe *Levels and Trends in Child Mortality*: 2019. p.15
- 63 *Every Breath Counts* es la primera asociación público-privada para apoyar a los Gobiernos a acabar con las muertes prevenibles por neumonía infantil en 2030. Esta coalición mundial tiene 40 miembros de Gobiernos, de Naciones Unidas y de agencias multilaterales para la salud, compañías fundaciones y ONG que trabajan juntos para eliminar las deficiencias más importantes en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía. Véase: <https://stoppneumonia.org/>
- 64 Los 30 países con alta carga de neumonía incluyen 22 países con la mayor cifra total de muertes por neumonía y los primeros 14 países en términos de tasas de mortalidad específicamente por neumonía. Análisis de UNICEF basado en las estimaciones provisionales de la OMS y del grupo *Maternal and Child Epidemiology Estimation* de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes del año 2017 a las estimaciones para el año 2018 del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil; OMS. Observatorio mundial de la salud. Causas de muerte- 2017.

Agradecimientos

Este documento ha sido elaborado por: Save the Children, Londres y UNICEF, Nueva York.

Organizaciones y personas involucradas:

Save the Children: Kirsten Mathieson, Simon Wright, Oliver Fiala, Jessica Winn, Katherine Richards, Samy Ahmar, Jason Lopez, Sam Kennedy, Christopher Twiss

UNICEF: Anne Detjen, Tyler Andrew Porth, Philippa Lysaght, Jennifer Requejo, and colleagues from the Data & Analytics section of the Division of Data, Analytics, Planning and Monitoring including Danzhen You, Lucia Hug, Padraic Murphy, Allysha Choudhury, Richard Kumapley, Chika Hayashi, Vrinda Mehra, Tom Slaymaker, Robert Bain

Every Breath Counts Coalition: Leith Greenslade, Androulla Kyrillou

ISGlobal: Gonzalo Fanjul, Quique Bassat

Fighting for Breath: Global Forum on Childhood Pneumonia: stopppneumonia.org/latest/global-forum/

Portada: Abraham, de siete meses, después de recuperarse de neumonía en un hospital en Turkana, Kenia. *Foto: Nina Raingold/Save the Children*

Ciertos nombres han sido cambiados para proteger la identidad de ciertas personas.

Diseño y maquetación: GrasshopperDesign.net

