



EDITORIAL

Salud global en pediatría: el reto de pasar de lo intolerable a lo mejorable

Pediatric global health: the challenge of moving from the intolerable to the improvable

I. Riaño Galán

Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España

Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2012

«Si debiera elegirse el desafío más importante que debemos acometer, no cabe duda de que el bienestar de los niños sería siempre el seleccionado, el que merece mayor dedicación y esfuere en la capacidad para descubrir, inventar, medir y de la especie humana para descubrir, inventar, imaginar y diseñar escenarios de futuro».

Federico Mayor Zaragoza (presidente de la Fundación Cultura de Paz. Exdirector general de la Unesco).

Introducción

A principios de la segunda década del siglo XXI, la salud infantil en el mundo es un reflejo de las desigualdades e injusticias globales. La atención a la infancia difiere mucho de unos países a otros, con situaciones, en ocasiones, dramáticas, como la actual hambruna del Cuerno de África. Los niños y las niñas son especialmente vulnerables. Y es que nacer en un barrio u otro de esta *aldea global*, por ejemplo, en Noruega (país con índice de desarrollo humano [IDH] más alto) o por el contrario en Burundi o República Democrática del Congo (países con IDH más bajo en el 2011¹) supone enormes diferencias en cuanto a oportunidades de crecer y desarrollarse de forma saludable.

Una mirada a los datos de salud global infantil: luces y sombras

La mayoría de los niños y niñas del mundo nacen en los países pobres (o más bien empobrecidos) y muchos mueren

precozmente, «a destiempo», por causas fácilmente evitables². Sin duda, ha habido avances importantes durante la última década, pero una mirada global a la infancia continúa reflejando diferencias intolerables, incluso dentro de un mismo país. Y eso depende de una serie de determinantes, entre los que destacan la pobreza, la inseguridad alimentaria, las guerras y los conflictos armados, la falta de saneamiento y agua potable y la insuficiente disponibilidad de educación y de acceso a servicios de salud materno-infantil³.

Casi 1.500 mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayoría de los fallecimientos ocurre en el África subsahariana y Asia, donde tener un hijo continúa siendo uno de los principales riesgos para la salud de la mujer. No existe un índice de mortalidad más desigual. Disminuir la mortalidad y morbilidad materna mejora directamente la probabilidad de supervivencia infantil.

Las muertes de menores de 5 años han disminuido desde 12 millones registrados en 1990 a 7,6 millones anuales en la actualidad. La mitad acaece en África, que sigue siendo el lugar del mundo donde es más difícil sobrevivir hasta los 5 años. La neumonía y las enfermedades diarreicas son responsables de un tercio de estas muertes. La mortalidad de menores de 5 años alcanza 111 por 1.000 nacidos en África frente a 6 por 1.000 en los países ricos. Las cifras no precisan comentarios, son sencillamente intolerables.

El hecho de que en la segunda década del siglo XXI casi 200 millones de menores de 5 años presenten desnutrición crónica podemos considerarlo como uno de nuestros mayores fracasos colectivos. La mayoría vive en África y Asia. Con gran probabilidad, van a ver afectado su desarrollo físico e

Correo electrónico: isogalan@yahoo.es

intelectual a corto, medio y largo plazo, hipotecando no solo su futuro, sino el de sus familias, comunidades y sociedades en general.

Los amplios programas de inmunización han sido un éxito en la lucha contra diversas enfermedades graves de la infancia, salvando millones de vidas. La polio ha sido casi erradicada pese a las bolsas de resistencia que aún persisten. Ha habido grandes avances en la lucha contra el sarampión y en la cobertura con 3 dosis de la vacuna DPT3. La transparencia lograda en el precio de compra de las vacunas es un logro importante. No obstante, aún uno de cada 5 niños del continente africano no es vacunado.

La malaria continúa siendo uno de los principales retos de salud pública global. Es endémica en 106 países y ocasiona cerca de 655.000 muertes anuales, la mayoría en África subsahariana⁴. Los niños pequeños y las mujeres embarazadas son los 2 grupos más vulnerables. Cada 45 s muere un niño africano por esta enfermedad y muchos otros quedan a diario gravemente discapacitados por la misma. La distribución masiva de redes mosquiteras ha hecho posible que hasta un 34% de los menores de 5 años del continente africano duerman protegidos cada noche, aún lejos de la recomendada protección universal. Por primera vez en muchos años, la malaria está en retroceso y la larga espera para conseguir una vacuna eficaz parece que va a verse cumplida⁵.

El sida infantil es otro ejemplo dramático de desigualdad entre países ricos y pobres. La probabilidad de transmisión del VIH de madre a bebé es menor del 1% en los países ricos. En cambio, en el África subsahariana muchas madres seropositivas ni siquiera saben que lo son, ni reciben tratamiento. La inversión en programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH es imprescindible y debe ser una prioridad en la lucha contra el sida. Más de 3 millones de menores de 15 años viven con VIH/sida, la inmensa mayoría en el continente africano.

Los compromisos de la comunidad internacional

En 1989, las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre los Derechos del Niño, el primer instrumento jurídicamente vinculante que incorpora los derechos de la infancia. Este tratado, ratificado por todos los países del mundo con 2 excepciones, enuncia los derechos de todos los niños y niñas a la salud, la educación, las condiciones de vida adecuadas, el ocio, la protección frente a la pobreza, la libre expresión de sus opiniones... y mucho más. Reconoce que todo niño *tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.*

La Declaración del Milenio, en el año 2000, expresa el compromiso de los dirigentes mundiales de trabajar juntos para conseguir los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se trata de 8 objetivos desglosados en metas concretas y medibles que el mundo se compromete a cumplir para acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano. Representan el mayor compromiso de la historia de la humanidad en la lucha contra las desigualdades. Quedan apenas 3 años para llegar a 2015 y aún 1.000 millones de

niños y niñas carecen de uno o más servicios esenciales para la supervivencia y el desarrollo.

Intervenciones y estrategias en salud infantil

En las últimas décadas, se han impulsado intervenciones diversas para mejorar la salud infantil⁶. Las estrategias de enfoque médico-sanitario son selectivas o bien integrales, como la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), propuesta por la OMS en 1990. Esta última pretende educar para prevenir y atender las enfermedades con más carga en la mortalidad infantil, desde una visión integral. Parece necesario un enfoque social que además aborde los determinantes de la salud. Esto ya había sido preconizado en la Declaración de Alma-Ata de 1978, que conjugaba el enfoque basado en el derecho humano a la salud con una estrategia viable para hacerlo posible. Consideraba la atención primaria de la salud (APS) la clave para reducir las desigualdades en materia de salud y para lograr la ambiciosa pero inalcanzada meta de «Salud para todos» para el año 2000. Apostaba por unos servicios universalmente accesibles para las personas y las familias, a un coste al alcance de las comunidades y los países en su conjunto.

El progreso insuficiente hacia los ODM, junto con las nuevas amenazas para la salud mundial debido al cambio climático, han renovado el interés por la APS, destacando la importancia y efectividad de la equidad⁷ y las estrategias comunitarias⁸.

La lucha contra la desnutrición materna e infantil es una de las mejores inversiones a favor del desarrollo, fundamental para el éxito de prácticamente todos los ODM. Invertir en la salud nutricional de los niños de hoy es apostar por una población adulta de la mañana con capacidad de generar un impacto positivo en la productividad de las comunidades y de sus propios países. Para ello, son precisas estrategias multisectoriales desde un enfoque de equidad para llegar a la población infantil más pobre y vulnerable, potenciando la educación y el papel de la mujer, y en este contexto de crisis global económica destinar más recursos a esta finalidad⁹.

Salud global e investigación

Es fundamental impulsar la investigación para avanzar en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de los países pobres, que permita formular políticas sólidas, elaborar programas eficaces y concertar alianzas de colaboración. Tan solo el 10% de los fondos dedicados a la investigación en todo el mundo se destina a las enfermedades que afectan al 90% más pobre de la población mundial. La investigación médica en poblaciones vulnerables debe cumplir los mismos requisitos éticos que la realizada en los países del norte¹⁰. Ejemplo de este tipo de investigación con potencial impacto directo en la salud pública global es un reciente ensayo clínico que demuestra la efectividad de una dosis de azitromicina (comparada con su tratamiento convencional con penicilina inyectable) frente al pian, haciendo posible la erradicación de esta enfermedad tropical olvidada mediante campañas de distribución masiva de este antibiótico por vía oral¹¹.

La cooperación internacional al desarrollo: ¿por qué?

Podríamos preguntarnos si un momento como el actual no deberíamos centrarnos en nuestros propios problemas. El reciente informe publicado por Unicef pone de manifiesto la situación de vulnerabilidad que sufren muchos niños y niñas en España como consecuencia de la crisis¹². Con los próximos, se tiene vínculos afectivos y emocionales que no se dan con los lejanos. Por ello el nuevo reto del siglo XXI es aprender a pensar y sentir globalmente¹³. No es posible permanecer como espectadores pasivos ante la situación de injusticia e inequidad en el acceso a los recursos básicos de millones de niños y niñas. La promoción de la salud infantil ha de tener un alcance global. Constatar esta realidad no debe llevarnos a la desesperanza, sino a renovar esfuerzos aprendiendo de la experiencia. La cooperación, de medios y de técnica, es un asunto exclusivo de instituciones, de medios y de técnica, sino que es un camino jalonado de compromisos, de sueños compartidos y de acciones concertadas entre personas. Cooperar significa «operar con otro», esto es, trabajar juntos a favor del desarrollo. Esto conlleva compartir con el otro, conocimientos, habilidades desde una actitud de compromiso para contribuir a ampliar las capacidades de las gentes y de los pueblos. Contribuir a construir unas relaciones Norte-Sur justas y solidarias, y a movilizar a la ciudadanía para cooperar y ejercer presión, buscando alternativas.

La cooperación internacional al desarrollo se fundamenta no solo en un principio ético básico de solidaridad, sino en un principio de responsabilidad y del necesario reconocimiento de los derechos humanos, que asisten a todos, más allá de fronteras, culturas, razas y religiones¹⁴.

Cooperación internacional y pediatría: el compromiso profesional desde la Asociación Española de Pediatría

La Asociación Española de Pediatría (AEP), como asociación científica de 9.000 pediatras y cirujanos infantiles para el cuidado de los niños y adolescentes, recoge en su marco ético el compromiso de desarrollar sus fines desde una visión global y sistémica de la salud infantil, centrada en los derechos humanos¹⁵. También se compromete a promover la cooperación internacional al desarrollo para lograr la plena realización del derecho a la salud como dimensión básica del derecho a una vida digna, sin distinción de etnia, género, religión o condición económica.

Diversas iniciativas han sido desarrolladas por pediatras a nivel individual (participación en diversas organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD), cursos formativos, libros¹⁶ u otros, como el blog <http://hijosdeevayadan.org/>) o por grupos y sociedades pediátricas, existiendo activos grupos de cooperación en el seno de la Sociedad Española de Neonatología (SEN) y de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), entre otros.

Es una de su Fundación (FEP), potencia una cultura de cooperación y solidaridad de la salud infantil en países en desarrollo, así como servir de vehículo unificador de iniciativas propuestas por otros grupos o sociedades en el ámbito

de la cooperación pediátrica bajo el paraguas institucional de la AEP. Por este motivo, se ha constituido un grupo de Cooperación Internacional, cuyos integrantes poseen amplia experiencia en este ámbito, con una diversidad que se traduce en distintas responsabilidades (responsables de cooperación de la SEN, AEPap, sociedades regionales, ONGD...), actuaciones en proyectos en África, América, India, con experiencias docentes e investigadoras en programas específicos dentro y fuera de España.

Asimismo se ha puesto en marcha una convocatoria pública de subvenciones para proyectos de cooperación internacional al desarrollo de la FEP, con carácter anual.

El objetivo fundamental de este grupo es reunir en el ámbito de la AEP a todos los pediatras interesados en el tema de cooperación internacional para facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias en este campo en cuatro aspectos fundamentales: social, asistencial, formativo y de investigación.

La reciente encuesta realizada por nuestro grupo nos ha permitido conocer que más de 700 pediatras manifiestan expresamente su interés en la cooperación internacional. Estos resultados nos orientarán en el camino futuro a seguir por el grupo de cooperación internacional.

Es fundamental lograr la sensibilización de los pediatras en particular y de la opinión pública e instituciones en general sobre nuestra obligación de búsqueda de mayores niveles de justicia social. Visibilizar la situación global de la infancia, abogar y hacer presión para lograr cambios son algunos de nuestros cometidos. Se potenciará lo relativo a salud global infantil y cooperación internacional en reuniones científicas, congresos, o bien a través de jornadas o cursos específicos de formación de forma presencial o aprovechando las nuevas tecnologías, con el fin de fomentar y facilitar la formación. Asimismo, habría que valorar el desarrollo de conocimientos en salud global tanto en la educación de pregrado como durante la formación de la especialidad.

Se constata el creciente interés de los profesionales sanitarios en general y los pediatras en particular en realizar estancias de colaboración en países pobres, asistiendo a lo que se ha llamado una nueva generación de trabajadores de salud global¹⁷, lo cual debería ser potenciado y organizado en aras de una mayor eficacia. Por ello, entendemos que los programas formativos de Pediatría deberían contemplar, al menos como una opción, la posibilidad de realizar estancias en países o zonas con bajo IDH y pobre estructura sanitaria, porque la Pediatría no puede dar la espalda a la realidad que vive la infancia más desfavorecida.

En resumen, la promoción de la salud infantil ha de tener un alcance global. El grupo de cooperación internacional de la FEP-AEP desea transmitir al colectivo de pediatras españoles el interés y el conocimiento en problemas de salud global y cooperación internacional, uniendo esfuerzos para contribuir a un mundo más justo y saludable. Asumir el reto de pasar de lo intolerable a lo mejorable supone aprender a pensar y sentir globalmente. Si lo conseguimos, la crisis puede ser una oportunidad para replantearnos nuestro modelo de desarrollo y generar cambios radicales, desde una toma de conciencia y generalizar y abierta que nos permita acortar las diferencias. Y garantizar unos mínimos de justicia para todos, los de cerca y los de lejos. De la respuesta y participación de todos, a nivel personal y como grupo,

como ciudadanos y como profesionales, depende que impulsemos un cambio y compromiso con todos los niños y niñas del mundo.

Grupo de Cooperación Internacional de la Fundación Española de Pediatría-Asociación Española de Pediatría

De Aranzábal, Mayte; Bassat, Quique; Krauel, Xavier; Pérez-Lescure, Javier; Riaño Galán, Isolina; Sobrino, Manuel, y Tasso, María.

Bibliografía

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos: New York, 2011 [consultado 2 Jul 2012]. Disponible en: <http://hdr.undp.org>
2. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2012. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): New York, febrero 2012 [consultado 2 Jul 2012]. Disponible en: <http://www.unicef.org/>
3. Sobrino Toro M. Cooperación Internacional y salud infantil: retos para la pediatría del siglo XXI. En: Gómez de Terreros Sánchez I, Muriel Fernández R, Marto Vera MJ, editores. Informe Salud, infancia, adolescencia, sociedad (SIAS 4). Ed. Sección de Pediatría Social. Sevilla: Asociación Española de Pediatría; 2005. p. 193-209.
4. Murray CJ, Rosenfeld LC, Lim SS, Andrews KG, Foreman KJ, Haring D, et al. Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2012;379:413-31.
5. García-Basteiro AL, Bassat Q, Alonso PL. Approaching the target: the path towards an effective malaria vaccine. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2012;4:e2012015. Epub 2012 Mar 10. <http://dx.doi.org/10.4084/MJHID.2012.015> (available online: <http://www.mjhid.org/article/view/9953>).
6. De Aranzabal M. Cooperación internacional en salud infantil (2.ª parte). Estrategias en países en desarrollo. *Rev Ped Aten Primaria*. 2004;6:475-91.
7. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, Franca G, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012;379:1225-33.
8. Bhutta Z, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon Z, Ali I, et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through communitary and newborn cluster in rural Pakistan effectiveness trial. *Lancet*. 2011;377:403-12.
9. Stevens GA, Finucane MM, Paciorek CJ, Flaxman SR, White RA, Donner AJ, et al. Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data. *Lancet*. 2012. Published Online July 5, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60647-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60647-3).
10. Glickman SW, McHutchison JG, Peterson ED, Cairns CB, Harrington RA, Califf RM, et al. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. *N Engl J Med*. 2009;360:816-23.
11. Mitjà O, Hays R, Ipaí A, Penias M, Paru R, Fagaho D, et al. Single-dose azithromycin versus benzathine benzylpenicillin for treatment of yaws in children in Papua New Guinea: an open-label, non-inferiority, randomised trial. *Lancet*. 2012;379:342-7.
12. González-Bueno G, Bello A, Arias M. La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños. Madrid: Ed. UNICEF España; 2012.
13. Gracia Guillén D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta Bioética*. 2002;VIII:27-39.
14. Riaño Galán I. Globalizar la justicia: la cooperación internacional al desarrollo. En: Ferrer JJ, Martínez JL, editores. Bioética: un diálogo plural: homenaje a Javier Gafo Fernández. Madrid: S.J. UPCO; 2002. p. 613-28.
15. Sánchez Jacob M. El marco ético de la Asociación Española de Pediatría: un compromiso con la ética de las organizaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:355-7.
16. Gil Antón J. Pediatría para la cooperación. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco: Bilbao; 2011.
17. Panosian C, Coates TJ. The new medical «missionaries» -grooming the next generation of global health workers. *N Engl J Med*. 2006;354:1771-3.