

ETIOPÍA Y SU LUCHA POR RESPIRAR

unicef

para cada niño

ESTUDIO DE CASO SOBRE
LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

UNICEF España





Este documento se empezó a elaborar en un momento distinto, pero su pertinencia es incluso mayor tras la pandemia. A comienzos de este año se celebró el primer Foro Global sobre la lucha contra la Neumonía Infantil. El objetivo original de este informe era visibilizar el papel que la Cooperación Española ha tenido en esta lucha, mostrándolo

con el caso de Etiopía, que subrayara la importancia de reforzar estos esfuerzos y las recomendaciones para hacerlos efectivos. El impacto de la Covid-19 no resta vigencia alguna a este objetivo sino todo lo contrario. No podemos cambiar un brote mortal por otro. No podemos permitirnos perder décadas de logros en materia de salud por los que todos nos hemos esforzado tanto en conseguir. Ahora más que nunca.

Este es el momento de reimaginar y sentar las bases para sistemas de salud que protegen en todo momento, no solo en situaciones de crisis.

Autoría:
Rebecka Jonsson

Con la colaboración de:
Cristina Junquera, Rocío Vicente, María Lafuente, Andrea Vidal, Zoe Tarimo e Ildefonso González (UNICEF España).
Anne Detjen (UNICEF).
Julia Battle, Agazi Ameha, Jon Abando y Bizuhan Gelaw Birhanu (UNICEF Etiopía).

Agradecimiento:
Cruz Ciria y Francisco López (AECID)

Foto de portada:
© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

Edita:
UNICEF España
C/ Mauricio Legendre, 36.
28046 Madrid. Tel. 913 789 555
www.unicef.es
ISGLobal

Diseño y maquetación:
Estudio Diego Feijóo

Depósito Legal: M-10528-2020
Junio 2020

Índice

- | | |
|--|--|
| <p>6 Etiopía</p> <p>7 Los retos para la supervivencia</p> <p>8 ¿Cuáles han sido los grandes pasos dados por Etiopía?</p> <p>9 ¿Y cuál ha sido el papel de España?</p> <p>9 Cambios en el sistema de salud</p> | <p>23 La importancia de España</p> <p>24 Intervenciones decisivas para cumplir el objetivo 3 de la Agenda 2030</p> <p>27 El rol de España en esta lucha</p> <p>28 Pasos a seguir</p> <p>29 Notas</p> |
|--|--|
-
- | |
|---|
| <p>12 La historia de Zelalem</p> <p>13 La importancia de una trabajadora de salud en primera línea</p> <p>15 Las vacunas como herramienta de prevención</p> <p>19 La importancia de diagnosticar</p> <p>22 El tratamiento más rápido posible</p> |
|---|

Cada niño tiene derecho a crecer sano y fuerte. Las últimas tres décadas han supuesto un gran éxito en la reducción de la mortalidad infantil. El número de niños y niñas que fallecen antes de su quinto cumpleaños ha caído a más de la mitad, a pesar del incremento en el número de nacimientos.

Aun así, antes de la COVID-19, **se estimaba que 52 millones de niños y niñas menores de 5 años morirán de aquí a 2030, la mayor parte por una causa prevenible.**

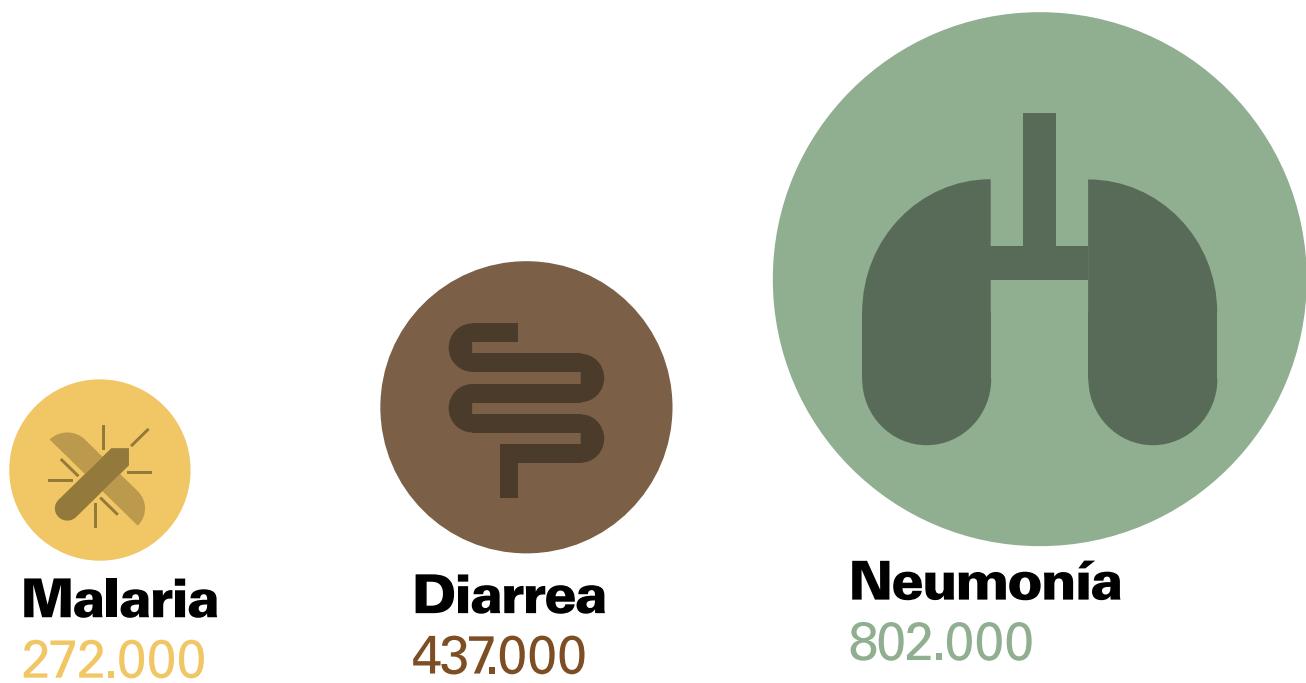
Ahora a causa de la pandemia se estima que solo en los próximos seis meses podrían producirse alrededor de 1,2 millones de muertes adicionales de menores de cinco años, debido a la reducción de la cobertura de los servicios médicos rutinarios y al aumento de la emaciación infantil.¹

La pandemia también ha obligado a retrasar campañas de vacunación y **al menos 80 millones de niños y niñas de menos de un año corren el riesgo** de contraer enfermedades como la difteria, el sarampión y la poliomielitis por esta interrupción. En África ese número es casi 23 millones y en un países como **Etiopía** donde ya hay brotes de sarampión, cólera y fiebre amarilla es aún más importante que los niños y niñas sigan siendo vacunados.²

La causa principal de mortalidad de menores de cinco años es la neumonía, que mató a más de **802.000** niños en dicha franja de edad en 2018. De ellos, **153.000** eran recién nacidos.³

A escala mundial, en 2000 se registraron 1,7 millones de muertes de niños menores de cinco años debido a la neumonía; en 2018 el número bajó a 802.000.⁴ Se ha logrado, por lo tanto, una reducción a la mitad, pero no es suficiente, especialmente si, como se ve en el gráfico 1, la comparamos con la lograda en otras enfermedades como la malaria y la diarrea. A pesar de ser la enfermedad infantil que más muertes causa en niños, recibe menos atención y presupuesto. De los 105,7\$ billones de asistencia internacional al desarrollo dedicada a VIH/SIDA, malaria y neumonía, solo el 6% fue asignada a neumonía.⁵

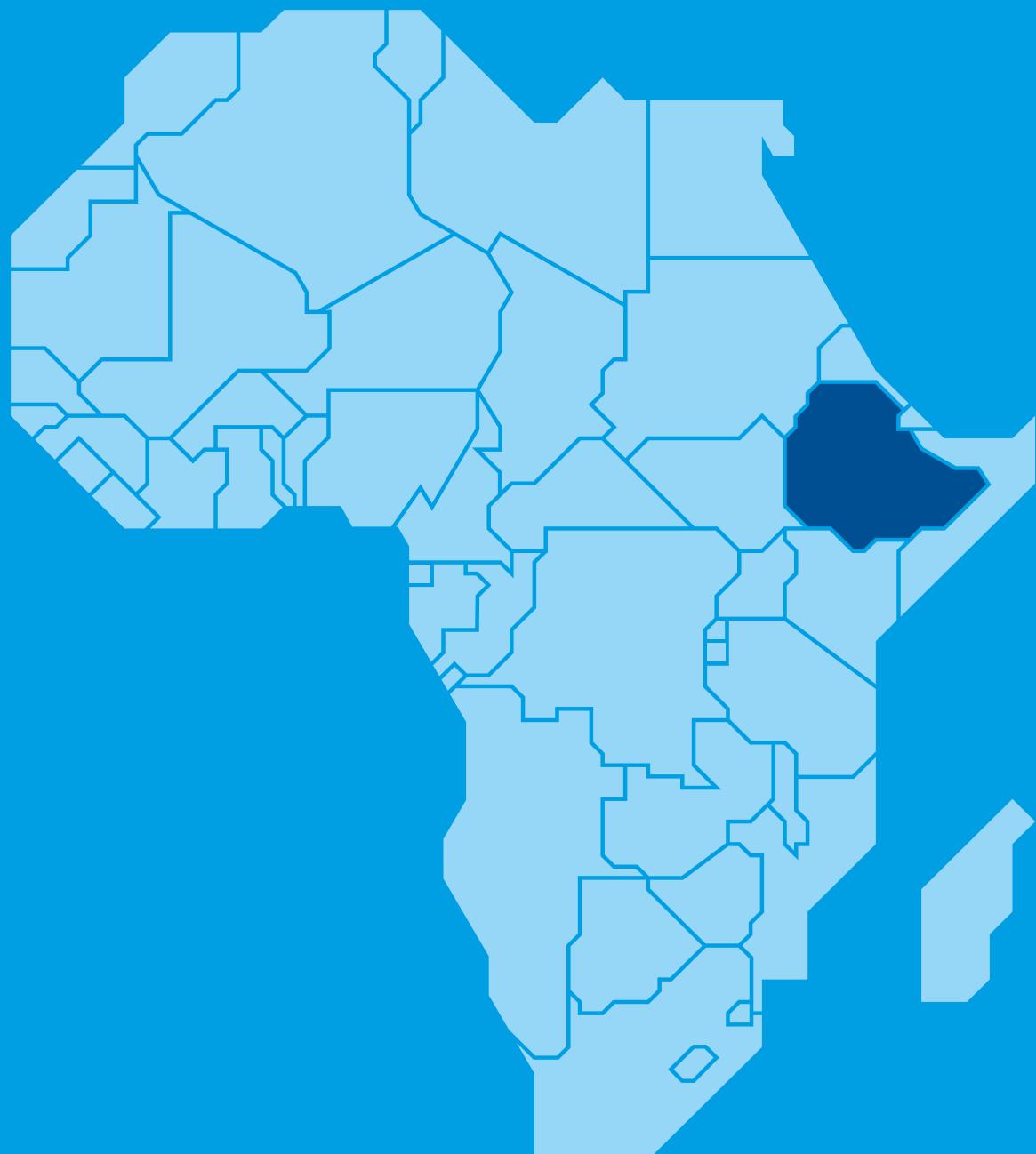
.....
Gráfico 1: **Mortalidad infantil 2018**



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.

La gran parte de las muertes infantiles por neumonía son prevenibles y curables, mediante una cobertura sanitaria universal con equidad y acceso a servicios básicos de vacunación, diagnóstico y tratamientos de bajo coste con antibióticos y oxígeno. Sin embargo, la neumonía es la enfermedad de los niños más vulnerables, de las familias que tienen menos recursos. Mientras en países europeos, como España, una radiografía y un antibiótico a tiempo salva vidas, en muchos países no disponen de dichos recursos.

Etiopía



Etiopía: los retos para la supervivencia

Con una población de más de 105 millones de personas, Etiopía cuenta con más de 80 grupos étnicos diferentes. En su capital, Adís Abeba, se concentran casi 3 millones de habitantes⁶, y la mayoría de la población (80%) vive en zonas rurales.⁷ El país está dividido en 9 regiones compuestas por 62 zonas y 532 woredas/distritos. Los grupos étnicos más numerosos son los Oromo, Amhara, Tigray y Somalí.⁸

Antes de 1990, el sistema de salud de Etiopía se caracterizaba por una infraestructura deficiente, una financiación y unos recursos sanitarios insuficientes y una participación mínima de su población.⁹ Como la mayoría de los etíopes vivían en zonas rurales, las iniciativas de salud no llegaban a estas comunidades. La estructura sanitaria existente estaba sobrecargada y sin personal sanitario que llegara a los primeros niveles de atención en las zonas rurales, o ciertos barrios urbanos. El gráfico 2 nos muestra el sistema de salud en 2014, donde todavía se puede ver la concentración de los servicios en zonas urbanas.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), los niños deben disfrutar del más alto nivel posible de salud y tener acceso a servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Concretamente, se establece en el artículo 6 de la CDN: "Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño." La tasa de mortalidad infantil en 1990 superaba los 200 niños por cada 1.000 nacidos vivos menores de cinco años.¹⁰ Una cifra preocupante que el gobierno etíope se veía obligado a disminuir y al que tanto los gobiernos socios donantes como la comunidad internacional se sentían obligados a apoyar.

El gobierno español ha sido uno de esos socios donantes y ha avanzado junto a Etiopía en su lucha para la supervivencia y el desarrollo de los niños.¹¹

Etiopía, pasado y presente

Etiopía es uno de los países más antiguos del mundo, con una rica historia que abarca más de un milenio. Se resistió a la colonización europea¹², derrotando con éxito a los italianos en 1896 y 1941 y manteniendo su antigua monarquía. Sin embargo, el país sufrió la brutalidad y las consecuencias tanto de las guerras italo-etíopes como de las hambrunas y las crisis de desplazamiento, que han sido intermitentes en las últimas décadas.¹³

Etiopía tiene un contexto sociopolítico rico y variado que ha evolucionado en

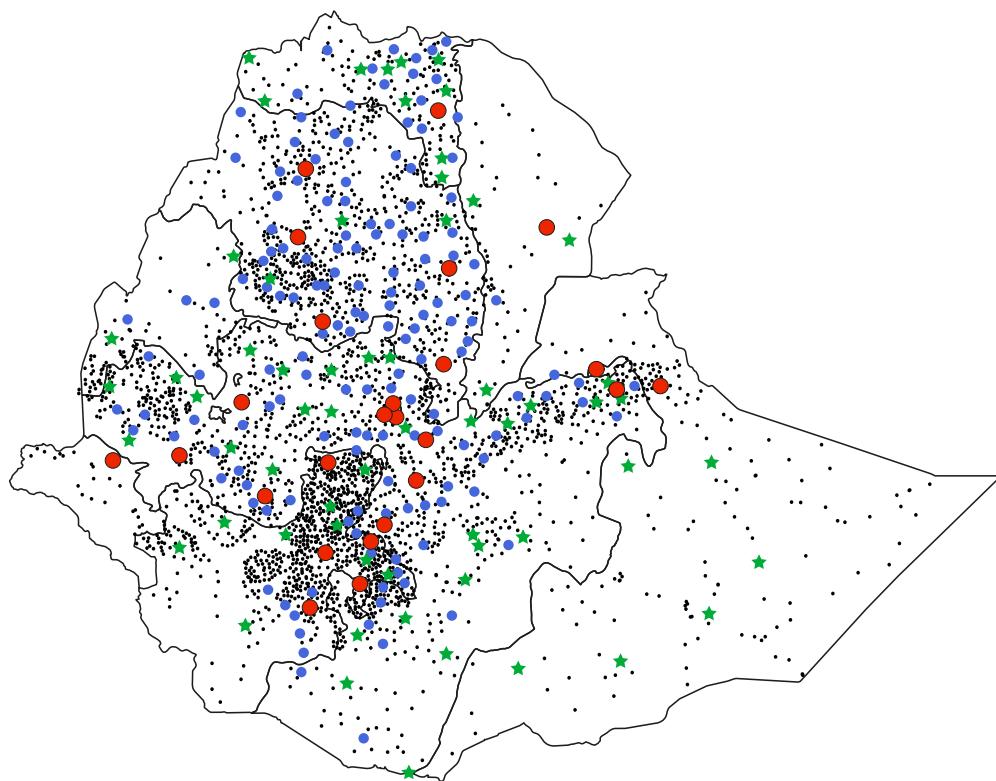
pocos años. En 2000 presentó una de las tasas de pobreza más altas del mundo, con el 56% de su población viviendo con menos de 1,25 \$ (al día)¹⁴ y el 88% de sus niños sufriendo pobreza multidimensional, con escasez de educación e higiene.¹⁵

Sin embargo, Etiopía también ha experimentado desarrollos sustanciales. En 2018 fue elegida la primera mujer presidenta, quien ha mostrado un especial interés por mejorar la situación de mujeres y niños en Etiopía. Además, el nuevo primer

ministro etíope ganó el Premio Nobel de la Paz en 2019, por poner fin a una guerra de décadas con Eritrea.

Como resultado de los acuerdos institucionales, se ha producido una reducción de la pobreza monetaria, un aumento en la migración rural hacia las urbes y la aplicación de políticas para garantizar el suministro de agua salubre en zonas rurales. A pesar de estas mejoras, la dinámica social en materia de salud, recursos e infraestructuras sigue siendo deficiente.

Gráfico 2: Sistema Sanitario de Etiopía 2014



● **Hospital de referencia**
(Atención terciaria
-Especializada)

★ **Hospital general**
(Atención secundaria
-ej.: consultas externas)

● **Hospital primario**
(Atención primaria –
ambulatorio, centro
de salud)

● **Centro de salud**
(Atención primaria básica)

Entre paréntesis: equivalente de niveles de atención sanitaria en España. Fuente: Evaluación del servicio de Etiopía Plus 2014.

¿Cuáles han sido los grandes pasos dados por Etiopía?

Etiopía ha implementado medidas importantes para mejorar su tasa de mortalidad infantil, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹⁶ y, siguiendo este impulso, se ha comprometido firmemente con su sucesora, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).¹⁷

El país ha sido capaz de aunar sus esfuerzos para lograr el objetivo de ampliar significativamente el acceso a la atención sanitaria, a pesar de las diversas dificultades que ha atravesado: guerra, hambruna, migraciones y conflicto interno. Con ello se ha logrado reducir las tasas de mortalidad. Al otorgar prioridad a la transformación de su sistema de salud y la creación de un Fondo Común para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG PF, por sus siglas en inglés), Etiopía se ganó la confianza de los donantes, entre ellos el gobierno español, quien vio una planificación proactiva y acciones de peso en estos esfuerzos de transformación.

¿Y cuál ha sido el papel de España?

En 2008, España fue uno de los primeros gobiernos en apoyar el SDG PF, financiera y técnicamente, y como portavoz internacional, contribuyendo al fortalecimiento del sistema de salud de Etiopía. Sigue canalizando la mayor parte de sus contribuciones a salud con ayuda bilateral a Etiopía a través del SDG PF. Es una forma rentable de invertir fondos y confiar en la estrategia del gobierno orientada a un sistema de salud eficaz y sostenible, con un claro retorno de la inversión.

Actualmente, la tasa de mortalidad infantil en Etiopía es de 55,2 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que supone una reducción del 267% en las últimas tres décadas.

En materia de mortalidad infantil, el compromiso de la Cooperación Española se refleja de manera específica en la Estrategia de Infancia, aprobada en 2014. Este documento establece que el derecho a la salud de los niños y niñas depende de la existencia y consolidación de sistemas sanitarios públicos, equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad, que garanticen la atención específica e integral a la infancia. Se propone asimismo combatir las principales causas de mortalidad infantil y neonatal, incluida la neumonía. La cooperación internacional al desarrollo ha sido para España y los países asociados mucho más que un ejercicio retórico o voluntarista.

Cambios en el sistema de salud

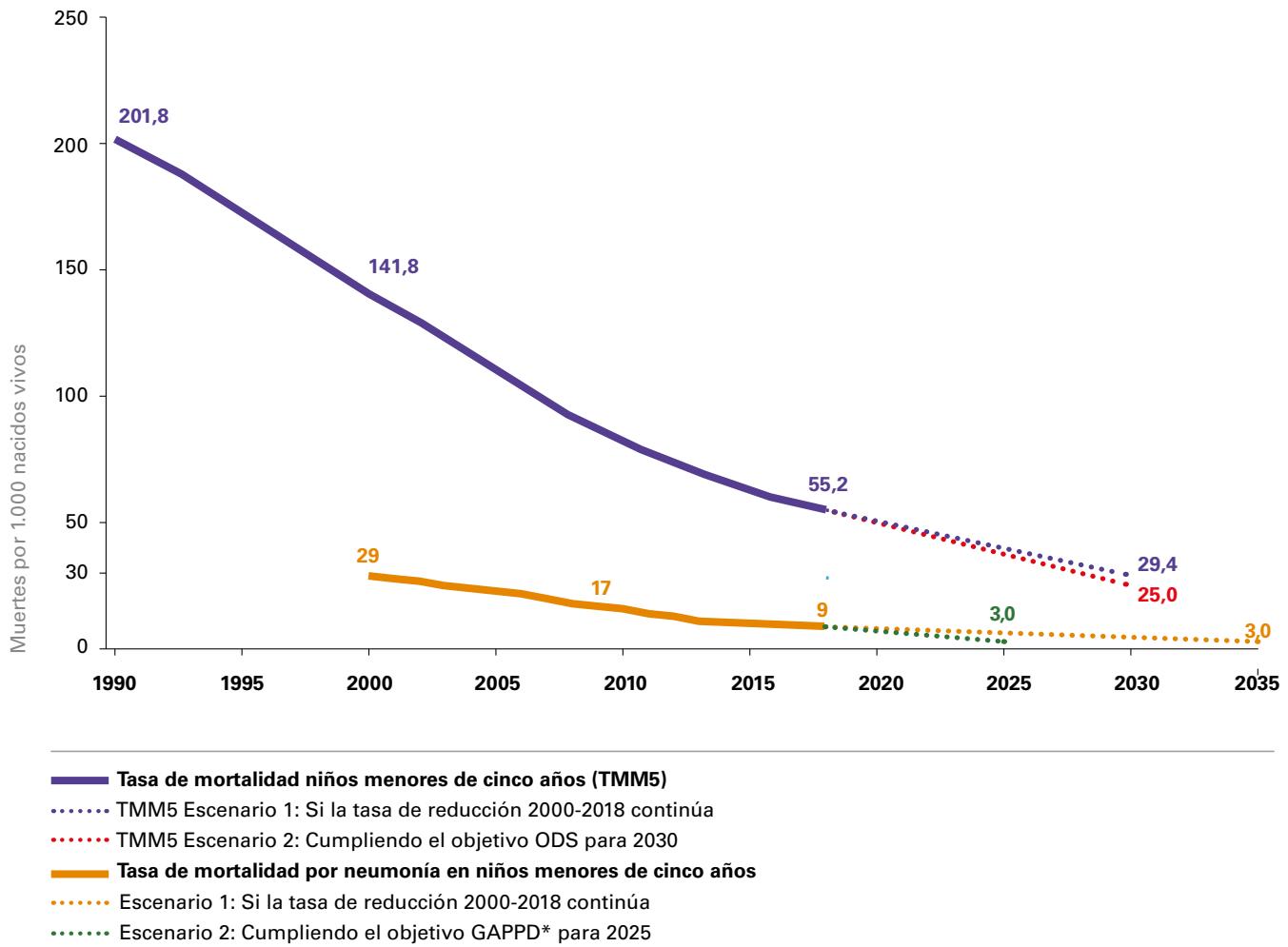
Actualmente, la tasa de mortalidad infantil en Etiopía es de 55,2 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que supone una reducción del 267% en las últimas tres décadas. Se ha mejorado la salud materna e infantil, se ha aumentado la esperanza de vida al nacer, se han creado más centros de salud y mejorado la calidad de los centros existentes.¹⁸ Sin embargo, todavía queda mucho trabajo por hacer para revertir la tasas de mortalidad y alcanzar los indicadores que marcan los ODS, dado que la tasa de reducción actual resulta insuficiente.

Otro problema es la búsqueda de atención sanitaria: de los menores de 5 años con síntomas de infección respiratoria aguda, únicamente el 31% son llevados a los servicios sanitarios para la obtención de tratamiento.¹⁹ En el gráfico 3 se nota la gran reducción de la mortalidad infantil y cómo el escenario actual es insuficiente para alcanzar el ODS 3 de la Agenda 2030.

La muerte de un niño por una causa que es prevenible ya es demasiado. La clave está en llegar a los más vulnerables y, con ello, revertir las cifras de mortalidad.

La política sanitaria de Etiopía y las medidas adoptadas para mejorar y fortalecer su sistema de salud convergen de hecho con el enfoque de UNICEF para lograr la cobertura sanitaria universal, ya que se centran en los niños y las familias sistemáticamente excluidos de los progresos hacia los objetivos mundiales de salud. En concreto, las comunidades rurales experimentan

Gráfico 3: Tasa de mortalidad infantil en Etiopía



Fuente: Estudio Demográfico y Sanitario de Etiopía 2000-2016. Estudio Mini Demográfico y Sanitario de Etiopía 2019.

Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME).

Datos de UNICEF <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

* GAPPD: Estimaciones provisionales de la OMS y del grupo Maternal and Child Epidemiology Estimation (MCEEG) de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes de 2017 a las estimaciones para 2018 del UN IGME.

dificultades de acceso a los servicios de salud, así como un desconocimiento sobre ellos, y es ahí donde es más necesario que la atención materna e infantil para menores de cinco años sea gratuita y accesible.

Los importantes logros alcanzados han sido en gran parte resultado del Programa de Extensión Sanitaria (HEP, por sus siglas en inglés), lanzado en 2003.

El HEP ha sido clave para mejorar los resultados de salud en el ámbito comunitario, permitiendo que hogares y barrios enteros -kebeles- participen activamente en el seguimiento de su salud. Esto ha sido especialmente debido a la creación de una red de trabajadores de Extensión Sanitaria (HEW, por sus siglas en inglés) inspirada en el exitoso sistema de trabajadores agrícolas de extensión.²⁰ Los HEW son actores situados entre los agentes

El Programa de Extensión Sanitaria ha sido clave para mejorar los resultados de salud en el ámbito comunitario, permitiendo que hogares y barrios enteros –kebeles– participen activamente en el seguimiento de su salud.

comunitarios de salud y las enfermeras, un enlace entre las familias y los centros de salud. Son reclutados según un criterio nacional que exige residir en el pueblo, hablar el idioma local y estar dispuestos a quedarse y servir a la comunidad. Como se puede ver en el mapa de servicios de salud en Etiopía, la mayoría están ubicados en zonas urbanas y más pobladas. No se estaba llegando a los más vulnerables, los que están lejos de los sistemas de salud, o no disponen de recursos o información para poder acceder a ellos.

Desde el inicio del programa, se ha contratado a más de 40.000 HEW, en su mayoría mujeres. Reciben un año de formación,²¹ desarrollado en los centros de salud, en colaboración con los Ministerios de Salud y Educación, y se centra en los servicios de salud reproductiva, la prevención/control de enfermedades, así como la formación didáctica y clínica.²² UNICEF refuerza la formación de los trabajadores, trabajando junto con los ministerios para identificar las deficiencias de formación, de conocimientos y capacidades de las HEW, con el fin de paliarlas durante su año de estudios o durante su formación continua al terminar, con lo que se consigue, en suma, reforzar el sistema.

Ayuda internacional al Programa de Extensión Sanitaria (HEP)

El éxito del Programa de Extensión Sanitaria (HEP) fue posible en gran medida gracias a la construcción de alianzas sólidas con países donantes que apoyaron las iniciativas del gobierno etíope, como España, y con organizaciones multilaterales como Gavi, el Fondo Mundial y UNICEF, que orientan activamente el desarrollo y proporcionan asistencia técnica.²³

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y otros socios españoles colaboraron en la formación del HEP, apoyando la visión del gobierno etíope y ayudando a que el Ministerio de Salud implementara el programa.²⁴

España considera que es estratégico lograr una colaboración fuerte entre

los socios de desarrollo para otorgar fondos a través de un fondo común que maximice las acciones emprendidas y lo haga más rentable.

Los trabajadores de Extensión Sanitaria (HEW) en más detalle

Cuando se lanzó en 2003, las responsabilidades de los trabajadores de Extensión Sanitaria (HEW) incluían la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, pero en 2011, el Ministerio de Salud etíope amplió las tareas de los HEW para prevenir, diagnosticar y administrar tratamiento para enfermedades como malaria, neumonía, diarrea y también la desnutrición, así como identificar situaciones que exigen ingreso hospitalario. Esto se hizo a través de la metodología integrada de gestión de casos comunitarios, que ofreció la información necesaria para capacitar a los HEW.²⁵

Los 11 meses de formación están agrupados en torno a cuatro temas, con 16 módulos. Los temas son educación sanitaria y comunicación, higiene y

saneamiento ambiental, prevención y control de enfermedades, así como salud familiar.

Una vez formada, una HEW estará al frente en un puesto de salud, es decir, el primer nivel asistencial sanitario.

En general, son pequeños edificios de no más de una o dos habitaciones donde pueden vacunar y tratar la neumonía con antibióticos, facilitar campañas de detección de enfermedades²⁶ y llegar a las comunidades rurales, que de otra manera no tendrían acceso a los servicios básicos de salud.²⁷ No solamente se quedan en los puestos, uno o varios días a la semana van directamente a los hogares de sus comunidades, impartiendo educación;

tratan temas como la importancia de la lactancia y la nutrición durante los primeros meses de vida, o de la higiene, mostrando cómo lavarse las manos. En ciertos casos también llevan las vacunas a partes más aisladas de sus comunidades, asegurándose de inmunizar a niños que no pueden llegar a su puesto de salud.

En el programa HEW, hay cuatro niveles de trabajadores clasificados. En el primer nivel se sitúan aquellos que han completado recientemente el programa de formación de 11 meses, mientras que el segundo y tercer nivel se van adquiriendo con más años de experiencia; el cuarto nivel requiere, por lo menos, cuatro años continuos de experiencia en el puesto de salud.

La historia de Zelalem



La importancia de una trabajadora de salud en primera línea

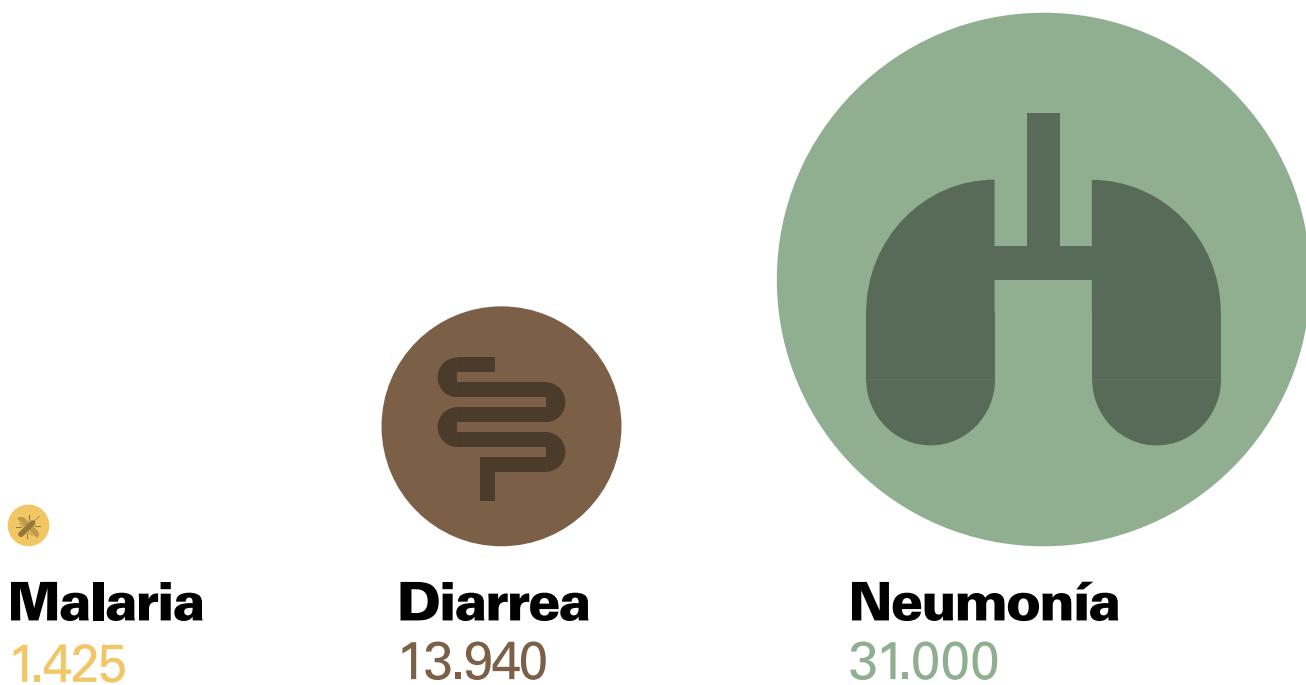
Las principales áreas de preocupación en términos de salud para Etiopía incluyen, entre otras, las tasas de mortalidad de neonatos y de menores de 5 años, así como la cobertura de vacunas. A pesar del descenso significativo en las tasas de mortalidad en menores de cinco años, las causas principales siguen siendo enfermedades prevenibles como la neumonía, la malaria o la diarrea, lo cual se refleja en el gráfico 4.

De estas tres enfermedades, la neumonía es la más importante, causando el 17% de las muertes anuales en menores de 5 años.²⁸ La neumonía puede causar la muerte dado que el líquido y el pus, al llenar los alvéolos pulmonares, causan dolor al respirar y falta de oxígeno en el torrente sanguíneo.²⁹ En cuestión de 48 horas, sin tratamiento adecuado, puede resultar mortal.

Zelalem (en la imagen) es una de las HEW, formada gracias al Programa de Extensión Sanitaria (HEP). A pesar de tener solo 33 años, ha estado trabajando como HEW durante los últimos 11 años.

.....

Gráfico 4: Mortalidad infantil en Etiopía 2017



Fuente: OMS, Observatorio de Salud Global, repositorio de datos. 2017.

Comenzó en 2008, cuando España se comprometió a apoyar al Ministerio de Salud mediante el HEP y abrió su Oficina Técnica de Cooperación en Adís Abeba.³⁰ Hasta entonces, la HEP etíope solo había formado a las trabajadoras de salud en educación preventiva y servicios para atender a las comunidades remotas donde trabajaban.

Esta trabajadora ha visto cómo este programa se ha ido transformando y su motivación aumentó cuando en 2011 pudieron ofrecer servicios curativos. Al principio, se sentía limitada al dar únicamente información, pero ahora sabe que puede salvar vidas de niños y niñas que de otra manera no podrían ir a una clínica, y mucho menos a un hospital. Esto la anima a seguir adelante, durante largas horas de trabajo en las que solo cuenta con una colega en el puesto de salud para apoyarla, atendiendo a las aproximadamente 12.000 personas de la comunidad a la que sirve. En un mes tuvo 15 casos de neumonía, casos que podrían haberse evitado con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.



Zelalem, una trabajadora de extensión sanitaria desde 2008.

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

¿Cómo podemos permitir que tantos niños mueran a causa de una enfermedad prevenible y tratable con nutrición e higiene adecuadas, antibióticos y un uso eficaz de las vacunas?³¹ Esto representa una gran injusticia, además de un incumplimiento del derecho a la salud. Resulta más grave todavía teniendo en cuenta que la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, Gavi, facilita vacunas contra el neumococo y que antibióticos como la amoxicilina cuestan solo 40 céntimos por dosis.³²

Las vacunas como herramienta de prevención

La mejora de la cobertura de vacunación ha contribuido a reducir considerablemente la mortalidad infantil, salvando entre dos y tres millones de vidas al año y protegiendo a millones más de enfermedades y discapacidades.³³ La inmunización también crea vías de contacto directo entre las familias y los servicios de salud. Al tener que acudir a las campañas de vacunación en su kebele o en su centro de salud, las madres les dan la oportunidad a las HEW no solo de vacunar sino de indagar sobre la salud general del niño y la familia, así como de informar sobre síntomas críticos de la neumonía. Estos espacios de comunicación y confianza a nivel comunitario son un pilar fundamental para la mejora de los indicadores de salud.

Cada dólar invertido en inmunización en 91 países de ingresos bajos y medios entre 2021 y 2030 proporcionará un beneficio de 21 \$: una cifra que aumentaría a 51 \$ si se consideran los mayores beneficios sociales de las personas que disfrutan de vidas más largas y saludables.³⁴

Varias vacunas como *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) protegen contra algunos tipos de neumonía. La PCV se utiliza en niños y ayuda a proteger contra diferentes tipos de neumococos y permite al sistema inmunitario generar anticuerpos que ayudan a combatir las bacterias. Los estudios han encontrado una eficacia del 75% contra la enfermedad neumocócica con este tipo de vacuna.³⁵ Del mismo modo, la vacuna Hib demostró proporcionar una protección del 80-100% frente a la neumonía con bacteriemia y de un 22% frente a la neumonía confirmada radiológicamente.³⁶

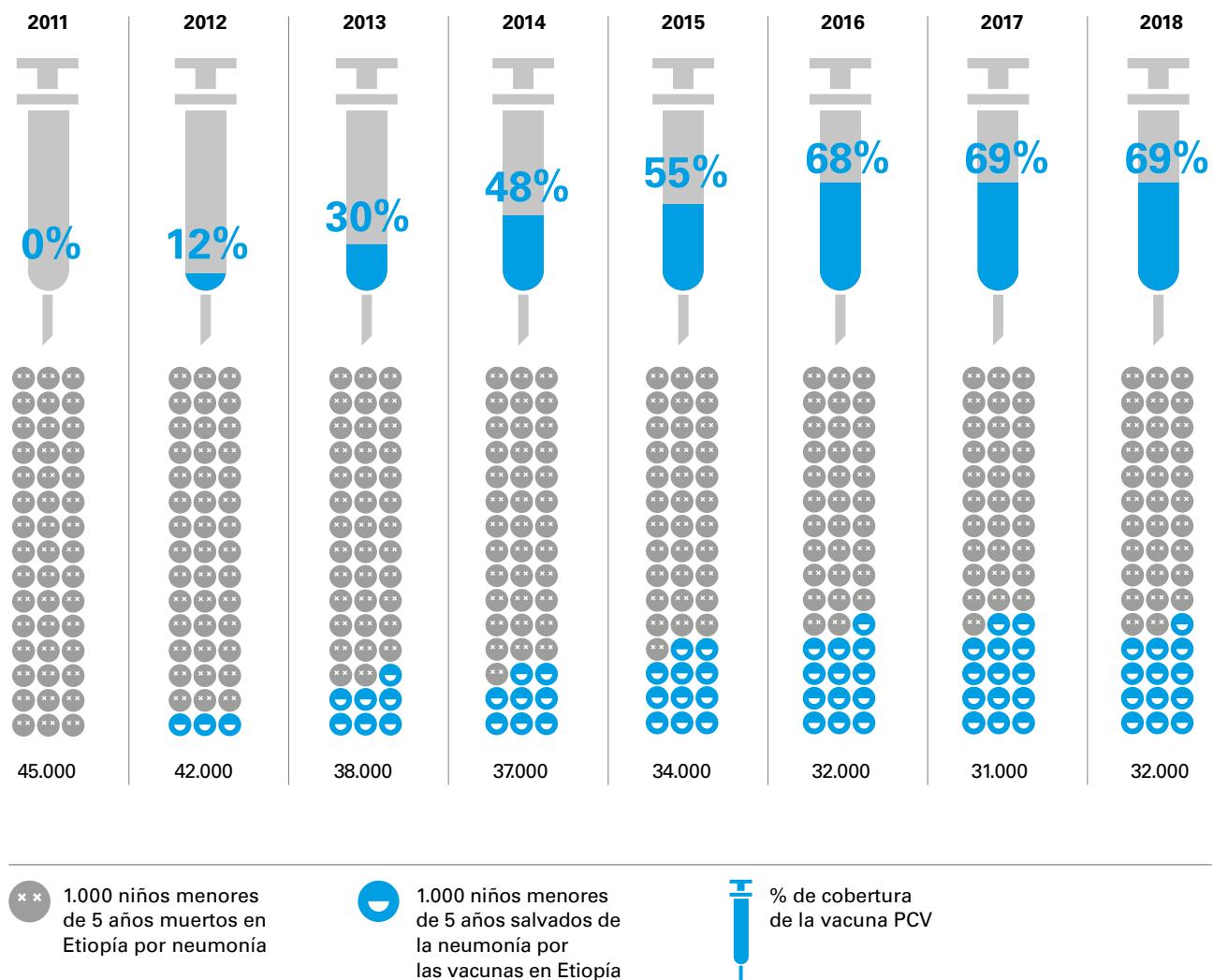
Muchos países aún no han podido introducir la PCV debido a los altos precios de las vacunas, los presupuestos sanitarios insuficientes y las situaciones de conflicto humanitario. Gavi ha apoyado la introducción y ampliación de la PCV en países de bajos ingresos, entre ellos Etiopía. Aunque la cobertura de vacunación ha aumentado en el país, lo que explica la disminución de enfermedades como la malaria o la diarrea, todavía entre el

Cada dólar invertido en inmunización en 91 países de ingresos bajos y medios entre 2021 y 2030 proporcionará un beneficio de 21 \$.

30% y el 40% de los niños etíopes no han recibido las vacunas necesarias, y por lo tanto, corren el riesgo de contraer estas enfermedades mortales.³⁷

Gracias a Gavi, la cobertura de la PCV ha aumentado del 0%, antes de 2011, cuando se introdujo la vacuna, al 69%.³⁸ A través de mecanismos como el compromiso anticipado del mercado (AMC por sus siglas en inglés), Gavi negocia con las empresas farmacéuticas para ofrecer a los países de bajos ingresos las vacunas a un precio mucho más reducido comparado al de otros países. Estas vacunas, que durante décadas no llegaron a Etiopía, ahora salvan vidas y son mucho más accesibles.³⁹ El gráfico 5 muestra cómo según crece la cobertura vacunal de PCV, el número de niños muertos a causa de neumonía desciende casi 15.000 al año entre 2011 y 2018.

Gráfico 5: Mortalidad por neumonía y tasa vacunal de PCV en Etiopía



Fuente: Estimaciones provisionales del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil. Datos de UNICEF <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>
Estimación de la OMS y UNICEF sobre la cobertura vacunal de PCV en Etiopía.

Zelalem es una de las muchas HEW que han facilitado el aumento de la tasa de cobertura de la PCV en tan poco tiempo. Sale al menos una vez al mes a zonas remotas de su kebele para completar campañas de vacunación, en zonas donde las madres y los bebés no pueden acceder a un puesto de salud, o donde no disponen de información sobre cómo llegar. Para ello, lleva una caja con hielo para asegurarse de que las vacunas se mantengan a una temperatura adecuada. Medios sencillos que aseguran que las vacunas como la PCV gozan de las condiciones adecuadas para ser eficaces y proteger a los niños de las bacterias causantes de la neumonía.

Una madre que ha podido recibir vacunas para sus hijos es Meresit que tiene 28 años y ha acudido con su segundo hijo, Samson. Samson es un bebé de seis meses feliz y curioso, y su madre lo ha llevado el día de la vacunación a su puesto de salud en Hintalo Wajirat woreda, en la región etíope de Tigray. Meresit ha decidido inmunizar a Samson, al igual que a su primer hijo, ya que sabe que las vacunas lo protegen de las enfermedades. Al preguntarle por sus razones, no duda un instante en responder: «Lo protege de la tos, el sarampión y la diarrea».

Samson y su madre
Meresit. Puesto de salud
en Hintalo Wajirat woreda,
región de Tigray.

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA



Gavi y España

España ha sido un firme defensor de Gavi desde sus inicios. Entre 2000 y 2010, España contribuyó directamente a Gavi con 43,2 millones de dólares y

para 2025 habrá contribuido con casi 190 millones de dólares al IFFIM (International Finance Facility for Immunization). España no solo ayuda al

Gobierno etíope directamente a través del SDG PF sino también mediante su apoyo a Gavi, permitiendo a los niños etíopes tener acceso a la vacuna PCV.⁴⁰



**Equipo de vacunación
en el centro de salud de
Megeab, Hawzen woreda,
región de Tigray.**

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

Aunque no pueda nombrar directamente enfermedades como la neumonía, conoce claramente sus síntomas, como la tos, y sabe que las vacunas protegerán a sus hijos de esas amenazas.

Su entusiasmo por conocer la información salta a la vista –en su sonrisa, cuando sabe que conoce las respuestas a nuestras preguntas– y, más todavía, en la forma de mirar a Samson, sabiendo que por conocer esta información lo está protegiendo.

Le brillan los ojos cuando explica que es consciente de los peligros que corren los niños que tienen tos o diarrea y afirma claramente que, si eso sucede, sabe que debe llevarlos al puesto de salud.

Aunque su sonrisa se esfuma cuando menciona la posibilidad de que sus hijos enfermen y necesiten acudir al puesto de salud, su rostro se vuelve a iluminar cuando explica que allí los tratan muy bien a ella y a sus hijos: la escuchan y tratan con respeto. Su testimonio es una clara indicación de la confianza que tiene en el sistema de salud a su alcance. Por un lado, el acceso a los servicios de salud está relacionado con la lejanía física a los centros y puestos de salud; pero por otro, la tradición y las dinámicas culturales también pueden alejar a las familias de los centros, por una cuestión de desconfianza o desconocimiento, y porque las familias no reconocen los síntomas o no saben de su importancia. **Meresit nos muestra cómo Zelalem es clave para combatir todas estas barreras que dificultan que los niños más vulnerables tengan acceso y ejerzan su derecho a servicios de salud.**

¿Pero qué pasaría si uno de sus hijos se enfermara?

La importancia de un buen diagnóstico

Si un niño presenta síntomas de neumonía, como tos persistente, Zelalem ya ha informado a las madres como Meresit y Nigitin de este riesgo, para que vayan a verla.

Con la ayuda de nuevas herramientas de diagnóstico, como son los dispositivos automáticos y portátiles, Charm y RadG⁴¹, Zelalem y sus compañeros de profesión, en los dos niveles de salud, pueden diagnosticar la neumonía, incluso su forma más grave y que requiere de tratamiento con oxígeno. Esto no deja de ser curioso, dado que en Etiopía no existe una palabra concreta para la neumonía; muchas veces se la denomina simplemente como “una tos”.



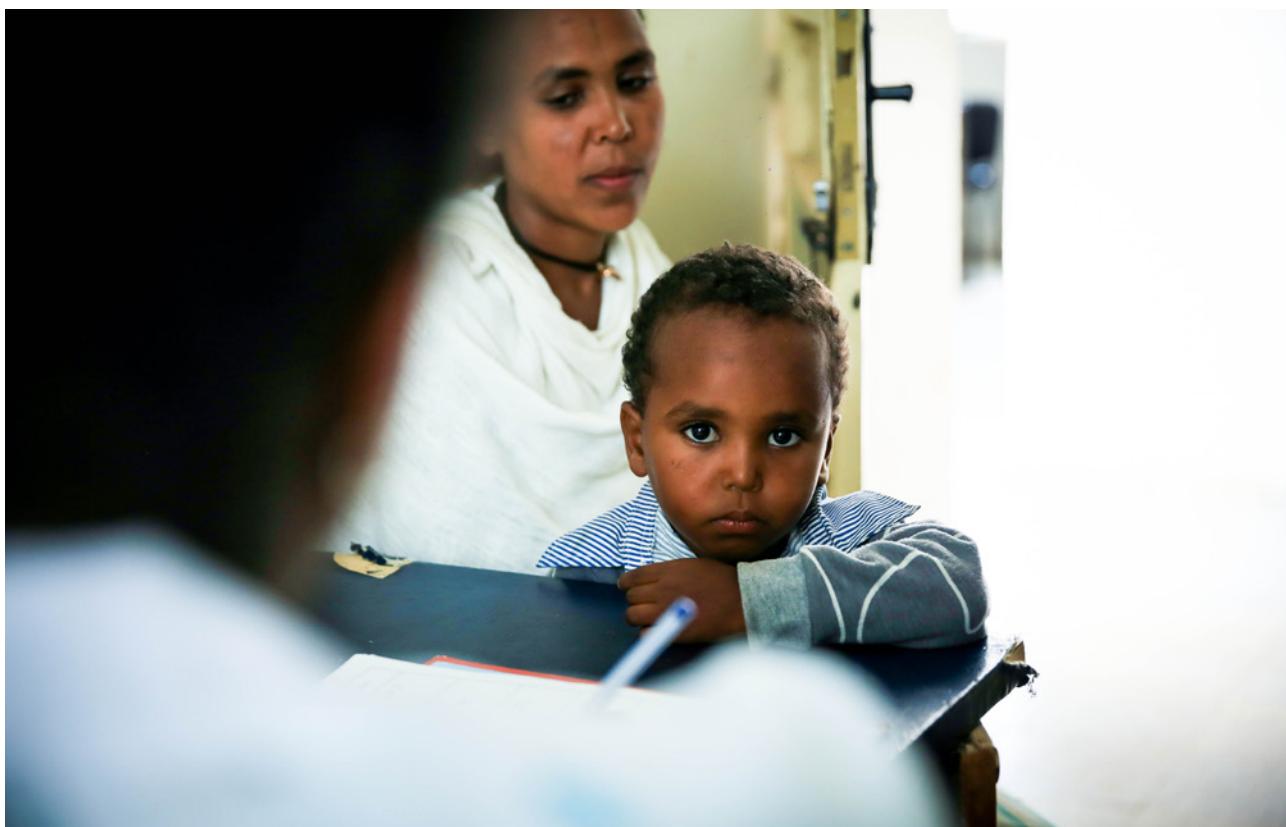
Enfermero verifica la respiraciones y nivel de oxígeno de Daniel, acompañado por su madre Girmanesh. Hospital Adi Gudom, Hintalo Wajirat woreda, región de Tigray.

UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

Este dispositivo, RAdG, fue desarrollado en 2017 por Massimo y mide la frecuencia respiratoria, SpO2, frecuencia del pulso y tasa de perfusión. Esencialmente, es un contador de frecuencia respiratoria combinado y un oxímetro de pulso. Es pequeño y portátil; por lo tanto, está diseñado para ser utilizado en los centros de salud y en entornos de bajos recursos. Se coloca en el dedo del niño y la señal se convierte en frecuencia respiratoria.

La llegada de este dispositivo y sus pruebas en Etiopía fueron posibles gracias a la combinación de iniciativas público-privadas, a través de la Fundación “la Caixa” y el proyecto de UNICEF Ayuda de Diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas (ARIDA). Los HEW aprendieron a utilizar el RadG y la Oficina del Distrito de Salud de Tigray se interesó en difundir esta ayuda diagnóstica por diferentes comunidades, al entender sus enormes beneficios ya que permite detectar casos graves que exigen oxigenoterapia. Gracias a los diferentes ensayos, los dispositivos han evolucionado y se han introducido mejoras para perfeccionar su utilidad.

De lo contrario, y como se hacía años antes, Zelalem tendría que usar un cronómetro e ir contando cada respiración de forma manual, con la única ayuda de sus ojos, para medir las respiraciones por segundo del niño. Además, la alianza estratégica



Nigsti y Kebreab en el centro de salud de Hintalo Wajirat woreda, región de Tigray.

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

entre UNICEF, la OMS y la Fundación Bill y Melinda Gates en 2017⁴² ha estado impulsando este tipo de desarrollos, lanzando directrices interinstitucionales, para mejorar el acceso y la utilización de los sistemas de oxigenoterapia.⁴³ Zelalem menciona cómo ahora todo es más fácil, ya que no tiene que usar el cronómetro para ir contando manualmente el número de respiraciones por minuto y se hace automáticamente través de un dispositivo como Charm o RadG.

Dependiendo de este número de respiraciones y de otros síntomas relacionados, como fiebre, el niño/a recibe tratamiento o, en algunos casos más graves, tiene que ser derivado a un

hospital, por ejemplo, en el caso de que el nivel de oxígeno no sea lo suficientemente alto.

El hijo de Nigsti, Kebreab, de casi cinco años de edad, ha sido derivado al Centro de Salud Megeab, en la woreda de Hintalo Wajirat, en la región de Tigray. Kebreab había estado tosiendo cerca de un año y se le administró amoxicilina, con lo que mejoró, pero ahora ha vuelto a recaer. La enfermera Lebanus, con la ayuda de herramientas de diagnóstico, ha decidido mandarlo al hospital principal, dada su afección crónica que no parece estar mejorando. Con el cuidadoso seguimiento de una HEW, como Zelalem, que sabe determinar si hay mejoría, el niño será derivado al siguiente escalón del sistema de salud. Las madres como Nigistin han recibido información y traen a sus hijos al hospital porque los tratan bien y saben que están ayudando a que se mantengan sanos.



Enfermera Lebanus. Centro de salud de Hintalo Wajirat woreda, región de Tigray.

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

La necesidad de trabajadores de salud

Etiopía sigue estando por debajo del nivel mínimo en densidad de médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes. Solo se incrementó de 3 a 9, una de las tasas más bajas del mundo (en comparación, España se situó en 92, en el año 2015). La recomendación

mínima de la OMS es de 44,5 por cada 10.000 habitantes para alcanzar el objetivo 3 de la Agenda 2030. El programa HEW apoya con una mayor cobertura pero no es suficiente; se necesitan más enfermeros como Lebanus, y hay que continuar

formando a los médicos, así como incrementar el personal sanitario para garantizar que los niños más vulnerables tengan acceso a los servicios de atención primaria en materia de salud.⁴⁴

El tratamiento no puede esperar: 48 horas son claves para salvar la vida

Bamlak solo tiene 8 meses y es el tercer hijo de Askual. Hace unas tres semanas empezó a toser. Gracias a las visitas de la HEW Zelalem, la madre sabe que cuando su bebé tose tiene que llevarlo al centro de salud, situado al otro lado de la calle. Allí el personal la trató amablemente y le dio a Bamlak un medicamento, un jarabe de amoxicilina para tomar dos veces al día. Esto hizo que la tos desapareciera. Su sonrisa crece cuando afirma orgullosa que ahora su bebé está sano.

De Zelalem ha aprendido una gran variedad de temas: cómo alimentar y lavar al bebé, o ir al centro de salud cuando enferma, por ejemplo, cuando tiene fiebre. Cuando Bamlak tenía 8 días de edad, le llevó a un chequeo de rutina, como le enseñó la HEW, y fue derivada al hospital principal ya que el niño tenía anemia. Gracias a las visitas de rutina y al sistema de derivación, recibió una transfusión de sangre que le salvó la vida. Estas son las señales de un sistema de salud fuerte que se sustenta en una red comunitaria de trabajadoras dedicadas a promover la salud y a cuidar de su comunidad. Zelalem sabe con certeza que con el trabajo que realiza está mejorando la salud de su comunidad y, a su vez, su comunidad tiene más confianza en ella y está dispuesta a ir al puesto o centros de salud para recibir la atención que necesitan. Sin embargo, ¿qué pasa cuando el HEW se cansa, cuando a pesar de todos los esfuerzos, no es suficiente?

Askual y Bamlak en la puerta de su casa. Hintalo Wajirat woreda, región de Tigray.

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA



La importancia de España



Intervenciones decisivas para cumplir el Objetivo 3 de la Agenda 2030

Lamentablemente, si seguimos al ritmo actual nos quedaremos muy lejos del Objetivo 3 de los ODS (25 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos).

El Plan de Acción para la Neumonía y la Diarrea (GAPPD, por sus siglas en inglés), aprobado en 2013 por la OMS y UNICEF, estableció como meta reducir en 2025 las muertes de niños y niñas por neumonía a menos de 3 por 1.000 nacidos vivos.

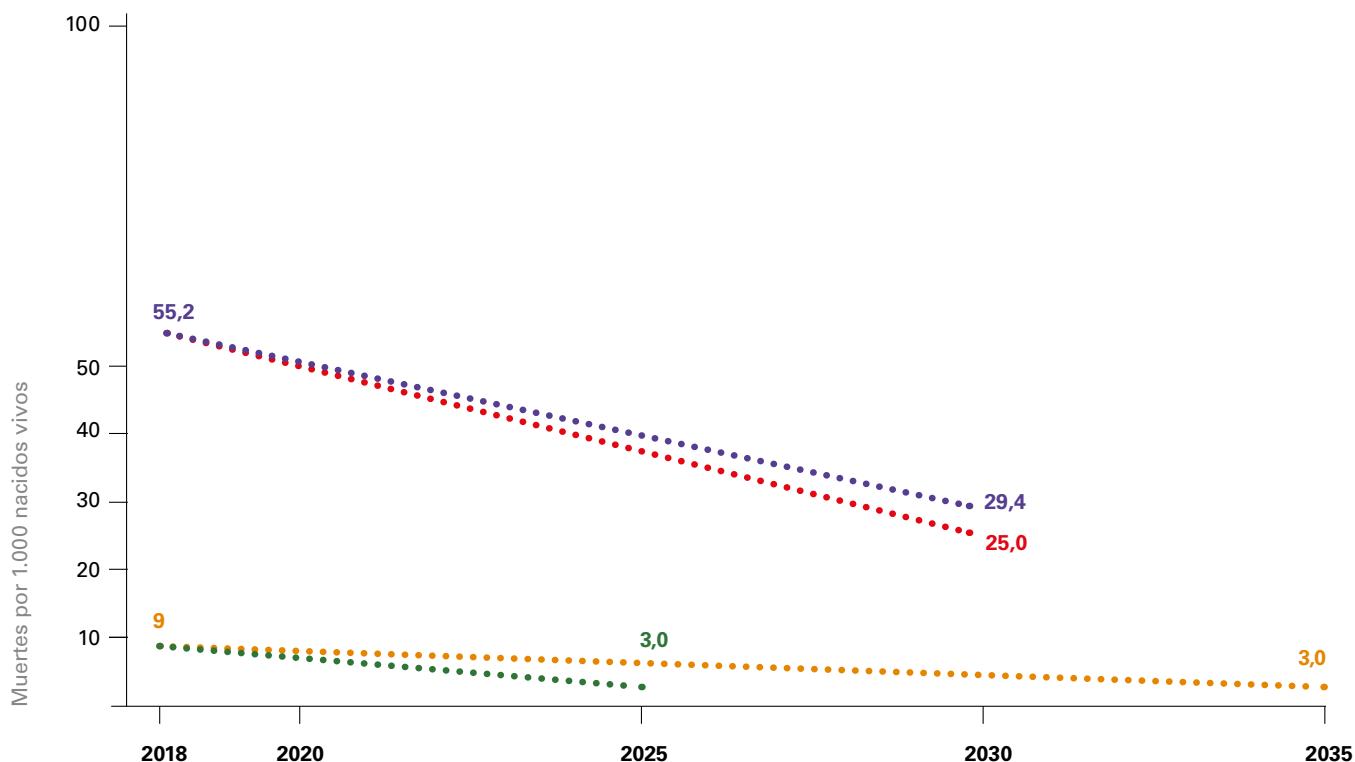
Lamentablemente, si seguimos al ritmo actual nos quedaremos muy lejos de este objetivo y de la meta de mortalidad infantil del ODS 3 (25 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos).⁴⁵ Gracias a la política nacional de salud y a sus trabajadores, así como a las medidas que se están adoptando para mejorar y fortalecer su sistema sanitario, los objetivos son alcanzables; sin embargo, aún queda mucho por hacer. La tasa de anual de reducción de la mortalidad infantil a causa de la neumonía en Etiopía es del 6%. A este ritmo, la meta del GAPPD no se alcanzará hasta 2035.⁴⁶

El primer Programa de Extensión Sanitaria (HEP) está llegando a su fin y la segunda generación del mismo abordará y desarrollará la equidad y la calidad de sus servicios de salud. El aumento de los niños con acceso a servicios y tratamientos preventivos vitales demuestra el éxito del cambio en el ámbito comunitario, especialmente ahora que los servicios de salud materna y de niños menores de 5 años son gratuitos en Etiopía, y esto debería continuar expandiéndose. UNICEF como socio líder del país en optimización, ya ha apoyado esta iniciativa y ha ayudado en la producción de tarjetas de salud para vincular parto e inmunización, así como en la elaboración de un plan centrado en el desarrollo temprano de los niños etíopes.⁴⁷

Sin embargo, para que esto salga adelante, se debe mejorar el número, la competencia, las herramientas y la motivación de los HEW, claves para un éxito continuo.

A Zelalem le apasiona el trabajo que hace. Ha dedicado innumerables horas a informar, proteger y tratar a su comunidad, pero, cuando se le pregunta sobre su futuro, menciona que está cansada. Quiere seguir recibiendo formación, ya que esto la motiva, y así seguir aprendiendo maneras de ayudar a que su comunidad se mantenga sana. No obstante, para esto necesita más tiempo de formación, dinero para desplazarse y más apoyo de sus superiores y del sistema en sí. En el esquema actual, no hay una trayectoria profesional definida para las HEW, aparte de ir alcanzando los cuatro grados diferentes. Zelalem ya está en el cuarto nivel, el más alto de las HEW, y quiere continuar, pero no hay un siguiente paso. Zelalem no es la única que se siente así. Esto se traduce en una mayor rotación de personal o en la desmotivación de las HEW; algunas abandonan el puesto de salud yéndose al sector privado o cambiando de profesión.

Gráfico 6: **El futuro del Objetivo 3 de la Agenda 2030 y el Plan de Acción para la Neumonía y la Diarrea (GAPPD)**



Tasa de mortalidad niños menores de cinco años (TMM5)

- TMM5 Escenario 1: Si la tasa de reducción 2000-2018 continúa
- TMM5 Escenario 2: Cumpliendo el objetivo ODS para 2030

Tasa de mortalidad por neumonía en niños menores de cinco años

- Escenario 1: Si la tasa de reducción 2000-2018 continúa
- Escenario 2: Cumpliendo el objetivo GAPPD* para 2025

Fuente: Estudio Demográfico y Sanitario de Etiopía 2000-2016. Estudio Mini Demográfico y Sanitario de Etiopía 2019. Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil.

Datos de UNICEF <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

*GAPPD: Estimaciones provisionales de la OMS y del grupo Maternal and Child Epidemiology Estimation (MCEEG) de septiembre de 2019, aplicando la causa de las muertes del año 2017 a las estimaciones para el año 2018 del UN IGME.

Fuentes de financiación

Etiopía cuenta con tres fuentes de financiación para su sistema de salud:

1. Ministerio de Finanzas, que diseña el presupuesto de salud y establece el presupuesto general para asignarlo al Ministerio de Salud.

2. Fondo Común para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG PF, por sus siglas en inglés): en 2008, Etiopía fue uno de los primeros países en

firmar una Asociación Internacional de Salud (IHP) para mejorar la eficacia de la ayuda en el sector sanitario.

Un año más tarde, el Gobierno suscribió el primer Acuerdo Financiero Conjunto (JFA) con varios socios del IHP. El JFA facilitó el mecanismo de financiación agrupada. Proporciona subvenciones específicas para áreas prioritarias subfinanciadas en el plan de salud de un país, mejorando la calidad y la equidad de los servicios en todo el territorio.

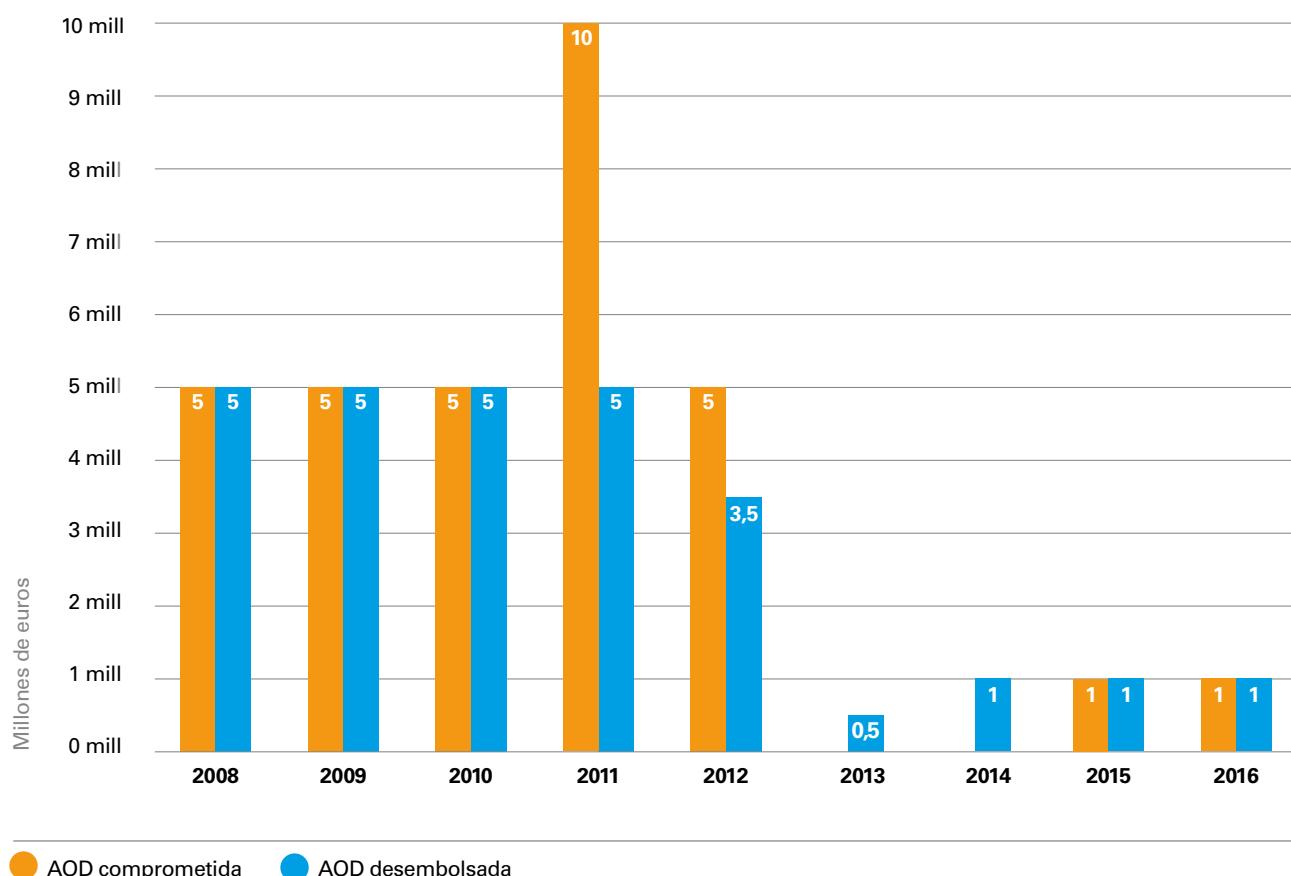
3. Donantes que participan por cuenta propia y que se coordinan más allá de fondos comunes y del Ministerio de Salud. Esto resulta más difícil de cuantificar al no disponer de la información de manera centralizada.

Por todo ello, este tipo de programa necesita apoyo y financiación continuos. Hemos visto demasiadas veces que los programas de AOD y desarrollo no reciben suficientes fondos o se interrumpen en el momento en que los donantes ven progresos y detienen la financiación, pensando que el país en cuestión ya ha logrado la sostenibilidad.

¡No es el caso, se necesita más! Si bien es cierto que se han logrado progresos significativos, no son lo suficientemente rápidos para alcanzar las metas del ODS 3 y GAPPD como nos muestra el gráfico 6.

Aunque la sostenibilidad se está alcanzando gracias a una economía más fuerte en el país socio –en este caso Etiopía–, al formar a toda una fuerza de salud comunitaria se está creando una demanda de trayectoria profesional, de mejora, de adquisición de más habilidades. Al no abordar esta necesidad, la calidad de la atención no mejora, convirtiéndose esta en uno de los elementos clave para aumentar las tasas de supervivencia en casos de neumonía. Si Zelalem logra tener más capacidad para informar mejor, prevenir, diagnosticar y tratar la neumonía, puede continuar salvando las vidas de niños y niñas.

Gráfico 7: Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de España a Etiopía para el Fondo Común de Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos volcados de AOD publicados por la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible (DGPDOLDES).

España necesita proseguir su arduo trabajo y ayudar a Etiopía a consolidar un sistema de salud sostenible que siga reduciendo su mortalidad infantil.

En los últimos años se ha observado una disminución del aporte de España al SDG PF. Dicho fondo proporciona salarios, herramientas y formaciones para mantener las HEW en toda Etiopía.⁴⁸ En 2011 España llegó a prometer 10 millones para este fondo, demostrando su confianza en el HEP y en el Ministerio de Salud.

Desafortunadamente, esa contribución se redujo en 2017 a solo un millón de euros. Entre 2011 y 2017 no ha hecho más que caer, pasando de tres millones de euros en 2012 a 500.000 de euros en 2013, y luego un constante millón de euros desde entonces. Una evolución mostrada por el Gráfico 7. Son cantidades que no reflejan la importancia de un programa que sigue salvando la vida de miles de niños y niñas cada año.

España debe restablecer su apoyo al gobierno etíope; ofrecer su compromiso y confianza en los programas que se han mostrado eficaces, en buena parte gracias al apoyo inicial de España.

En 2008, Zelalem comenzó a trabajar como HEW y su trayectoria profesional ha demostrado lo que puede lograr la inversión española. No nos detengamos ahora, no dejemos que Zelalem se agote y deje de ayudar a su comunidad; sigamos apoyándola a ella y a las otras más de 39.000 personas como ella.

España necesita proseguir su arduo trabajo y ayudar a Etiopía a consolidar un sistema de salud sostenible que siga reduciendo su mortalidad infantil. Un sistema liderado por un gobierno comprometido a disminuir el número de muertes infantiles prevenibles a través de trabajadoras de la salud motivadas, que quieren seguir marcando una diferencia.

Sigamos demostrando que somos un país que lucha por la equidad, un país que no quiere permitir que los niños mueran por una causa prevenible y fácil de tratar como es la neumonía.

El rol de España en esta lucha

El periodo 2020-21 ofrece a España oportunidades sin precedentes para demostrar su liderazgo, compromiso y dedicación para promover la salud y el desarrollo de todos los niños. La ambición de España de abordar la pobreza extrema solo puede realizarse mediante un enfoque renovado en la salud infantil que aborde las desigualdades en los resultados sanitarios, y que tenga como objetivo fortalecer los sistemas de salud.

Si estas prioridades forman parte de un compromiso estratégico, pueden impulsar un movimiento hacia la realización del ODS 3 y poner fin a todas las muertes prevenibles de niños menores de cinco años de aquí a 2030.

El año 2021 presenta una serie de oportunidades para que el eslogan “Spain is back” vaya ligado al internacionalismo, promoviendo un progreso real en la salud infantil. Queremos ver una España que se construya sobre sus muchas fortalezas y que sitúe la salud infantil a la vanguardia de la agenda internacional de desarrollo. Juntos, podemos acelerar este proceso y asegurar que cada niño tenga la oportunidad de sobrevivir y desarrollarse.



Tewres, con su hijo Hagazi en sus brazos, le muestra con orgullo el certificado de inmunización a una trabajadora de UNICEF.

© UNICEF ETIOPÍA / 2019 / MERSHA

Pasos a seguir:



1

Incrementar la AOD española: el pacto de gobierno incluye el compromiso de recuperar de manera continuada el esfuerzo presupuestario de la ayuda y alcanzar el 0,5% de la RNB al final de la legislatura. El primer paso de este compromiso debe quedar reflejado de manera tangible en los presupuestos que se aprueben en los próximos meses.



2

Estrategia de salud global: España necesita reconsiderar su política de desarrollo definiendo los ámbitos de mayor valor añadido e impacto. La salud global es uno de ellos. La nueva estrategia sectorial debe considerar las diferentes herramientas a su alcance: proyectos, ayuda presupuestaria, ciencia, fondos multilaterales y público-privados.



3

Gavi, la alianza para las vacunas: España acaba de reforzar su compromiso con la Alianza Mundial de Inmunización, más allá de las contribuciones financieras ya establecidas. Gavi constituye un mecanismo eficaz, de alto impacto y estrechamente alineado con las prioridades declaradas de la Cooperación Española. El gobierno debe continuar ofreciendo señales claras en forma de recuperación presupuestaria y planificación de las reformas institucionales que consoliden la continuidad de estas contribuciones. También poner en valor el compromiso con los países socios de la Cooperación Española y en particular los de Renta Media en los espacios de gobernanza y toma de decisiones de estos instrumentos. Y finalmente, trasladar esta necesidad a las negociaciones del Marco Financiero Plurianual de la UE, que incluye el instrumento económico para la financiación del desarrollo del cuarto donante a nivel global.

Con solo 10 años para alcanzar los ODS de la Agenda 2030 –y 5 años para el GAPPD– ahora es el momento para actuar en una manera clave! Necesitamos acción concertada para mejorar políticas, inversiones, innovaciones y ampliar intervenciones basadas en datos empíricos.

En este contexto nuevo de la COVID-19, no podemos cambiar un brote mortal por otro. No podemos permitirnos perder décadas de logros en materia de salud por los que todos nos hemos esforzado tanto en conseguir. La batalla contra la neumonía –luchando por respirar– no solo es posible, es imprescindible para que cada niño ejerza su derecho de sobrevivir y prosperar.

Notas

- 1 The Lancet Global Health. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext)
- 2 Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Sabin Vaccine Institute y Gavi, the Vaccine Alliance
- 3 UNICEF. (28 de enero 2020). La neumonía infantil: todo lo que debes saber. Recuperado de: <https://www.unicef.org/es/historias/neumonia-infantil-lo-que-debes-saber>
- 4 UNICEF, Save the Children. (2019) *Luchar Para Respirar. Llamamiento a la Acción: Acabar con las Muertes por Neumonía.* Recuperado de: <https://www.isglobal.org/-/fighting-for-breath-call-to-action->
- 5 Foro Global sobre Neumonía Infantil. (enero 2020) Declaracion. *Un analysis del OECD Common Reporting Standards (CRS).* Recuperado de: <https://www.isglobal.org/-/final-declaration-from-the-global-forum-on-childhood-pneumonia>
- 6 Dimon M. *Largest Cities in Ethiopia. Ethiopian Gazette.* 2018.
- 7 The World Bank. (2018). *Rural population (% of total population)-Ethiopia.* Recuperado de: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=ET>
- 8 World Directory of Minorities and Indigenous Peoples (2018) *Ethiopia: Background.* Recuperado de: <https://www.refworld.org/docid/4954ce295.html>
- 9 WHO, Alliance for Health Policy and Systems Research. (2017) *Primary Health Care Systems (Primasys): Case Study from Ethiopia.*
- 10 UNICEF, Ministry of Finance. 2019. *National Situational Analysis of Children and Women in Ethiopia.*
- 11 AECID. 2018. *Donde Cooperamos: Etiopía.* Recuperado de: <https://www.aecid.es/ES/Paginas/D%C3%B3nde%20>
- 12 Research Publication Center, United States Bureau of Citizenship and Immigration Services. (1999) *Ethiopia: Background Information on the Mengitsu Regime During the Red Terror.*
- 13 World Directory of Minorities and Indigenous Peoples. (2018) *Ethiopia: Background.* Recuperado de: <https://minorityrights.org/country/ethiopia/>
- 14 World Bank Group. *Ethiopia Poverty Assessment 2014.*
- 15 UNICEF, Ministry of Finance. 2019. *National Situational Analysis of Children and Women in Ethiopia.*
- 16 WHO, Alliance for Health Policy and Systems Research. *Primary Health Care Systems (Primasys): Case Study from Ethiopia.*
- 17 The Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. (2015) *Health Sector Transformation Plan: 2015/16 - 2019/20 (2008-2012 EFY).*
- 18 Damtew ZA. Chekagn CT.Y Moges AS . The Health Extension Program of Ethiopia: Strengthening the Community Health System. *Harvard Health Policy Review.*
- 19 Central Statistical Agency y ICF (2016). *Ethiopia Demographic Health Survey 2016: Key Indicators Report.*
- 20 Workie WN.Y Ramana G. (2013) UNICO Studies Series 10: The Health Extension Program in Ethiopia. *World Bank.*
- 21 Karim et al. 2018. Effects of a Community-based Data for Decision-making Intervention on Maternal and Newborn Health Care Practices in Ethiopia: A Dose-response Study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 18(1): 20-52.
- 22 Zulliger, R. (2018). Ethiopian Community Health Worker Programs. [CHW Central: A global resource for and about Community and Health Workers]. Recuperado de: <https://www.chwcentral.org/blog/ethiopian-community-health-worker-programs>

- 23 Magdaleno, J. (12 de Enero 2016). In a quiet rural area of Ethiopia, a three year old boy holds the promise of a healthy nation. [UNICEF Ethiopia]. Recuperado de: <https://unicefethiopia.org/2016/01/12/in-a-quiet-rural-area-of-ethiopia-a-two-year-old-boy-holds-the-promise-of-a-healthy-nation/>
- 24 AECID. (3/01/2018). *Etiopía. Un Programa Sanitario “Decisivo” para un País de Futuro.* Etiopía/Salud Recuperado de: https://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Historias/30_etiopia.aspx
- 25 UNICEF, OMS. (2012) *WHO/UNICEF Joint Statement : Integrated Community Case Management (iCCM).* Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/statement_child_services_access_whounicef.pdf
- 26 Workie WN. Y Ramana G. (2013) UNICO Studies Series 10: The Health Extension Program in Ethiopia. *World Bank.*
- 27 Workie WN. Y Ramana G. (2013) UNICO Studies Series 10: The Health Extension Program in Ethiopia. *World Bank.*
- 28 Save the Children. *Fighting for Breath: A Call to Action on Childhood Pneumonia.*
- 29 American Lung Association. 2018. *Learn about Pneumonia.* Recuperado de: <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/pneumonia/learn-about-pneumonia>
- 30 AECID, Ministerio de Finanzas y Desarrollo Económico de Etiopía. (2016) *Marco de Asociación País: Etiopía-España.* Recuperado de: https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificaci%C3%B3n%20estrat%C3%A9gica%20por%20pa%C3%ADses/MAP_ETIOPIA.pdf En 2007 se firmó el I Convenio Básico de Cooperación entre España y Etiopía y la I Comisión Mixta de Cooperación España-Etiopía para el período 2008-2010. En ese mismo año se crea la Oficina Técnica de Cooperación con sede en Adís Abeba.
- 31 Organización Mundial de la Salud (OMS). (2 de agosto). *Pneumonia.* (WHO Newsroom) Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- 32 UNICEF Supply Division. (2013) *Amoxicillin Dispersible Tablets (DT): Product Profile, Availability and Guidance.* Recuperado de: <https://www.unicef.org/supply/media/511/file/amoxicillin%20dispersible%20tablets%20market%20and%20supply%20update.pdf>
- 33 Organización Mundial de la Salud. (5 de diciembre 2019). *Immunization.* (WHO Newsroom) Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
- 34 UNICEF, Save the Children. (2019) *Luchar Para Respirar. Llamamiento a la Acción: Acabar con las Muertes por Neumonía.* Recuperado de: <https://www.isglobal.org/-/fighting-for-breath-call-to-action->
- 35 Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *AboutPneumococcalVaccines.*
- 36 Madhi S. Levine O et al. Vaccines to prevent pneumonia and improve child survival. *Bull World Health Organization.* 2008 May. 86(5). 365-373.
- 37 UNICEF, WHO. 2019. *Ethiopia: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2018 revision.*
- 38 UNICEF, OMS. (2019) *Ethiopia: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2018 revision.*
- 39 Gavi Alliance. 2017. *Pneumococcal vaccine support.* Recuperado de: <https://www.gavi.org/types-support/vaccine-support/pneumococcal>
- 40 Gavi Alliance. 2006. *España destinará 240 millones de dólares a campañas de vacunación en los países más pobres.* Recuperado de: <https://www.gavi.org/news/media-room/españa-destinara-240-millones-de-dolares-campanas-de-vacunacion-en-los-paises-mas>
- 41 Massimo. Massimo Introduces Rad-G™ Pulse Oximeter. 2017.
- 42 Bradley, B. McWorther C. et al. (2019). UNICEF and WHO combine forces with global experts to address the oxygen availability gap facing children with severe pneumonia. [Stop Pneumonia, UNICEF]. Recuperado de: <https://stoppneumonia.org/unicef-and-who-combine-forces-with-global-experts-to-address-the-oxygen-availability-gap-facing-children-with-severe-pneumonia/>
- 43 UNICEF. (2018) *UNICEF Initiatives to Increase Access to Oxygen Therapy Systems in Low-resource Settings.*
- 44 OMS: Global Health Observatory data repository (2018) Global Health Workforce Statistics. Recuperado de: <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/>
- 45 UNICEF, Save the Children. (2019) *Luchar Para Respirar. Llamamiento a la Acción: Acabar con las Muertes por Neumonía.* Recuperado de: <https://www.isglobal.org/-/fighting-for-breath-call-to-action->
- 46 UNICEF, Save the Children. (2019) *Luchar Para Respirar. Llamamiento a la Acción: Acabar con las Muertes por Neumonía.* Recuperado de: <https://stoppneumonia.org/wp-content/uploads/2019/12/Luchar-para-respirar.-Llamamiento-a-la-acci%C3%B3n.pdf>
- 47 Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. (2015) Second Generation Health Expansion Program. *JSI Resources: Publications.* Recuperado de : <https://www.jsi.com/resource/second-generation-health-expansion-program/>
- 48 DonorTracker. (2019) *Spain Donor Profile.* Recuperado de: https://donortracker.org/sites/default/files/donor_pdfs/DonorTracker_Profile_Spain_2019.pdf

