

De la indicación selectiva a la protección universal: cuando las estrategias en salud pública se transforman en equidad para la infancia

From selective indication to universal protection: when public health strategies transform into equity for children

Rosanna Fonseca C¹ 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital General Materno Infantil San Pablo, Departamento de Neonatología. Asunción, Paraguay.

La presente editorial recoge la historia de un camino recorrido en salud pública: un proceso de aprendizaje, cambio de visión y construcción progresiva de equidad. En el campo de las inmunizaciones, quizá como en pocos otros, la equidad ha dejado de ser solo un indicador deseable para convertirse en una posibilidad concreta: proteger a quienes más lo necesitan y, al mismo tiempo, ampliar esa protección a toda la infancia.

Las infecciones de vías respiratorias han representado, año tras año, una carga considerable para el sistema de salud. Frente a cada temporada, desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se ha debido recurrir históricamente a medidas de contingencia que, si bien permitían paliar la demanda asistencial inmediata, implicaban costos elevados y no modificaban de manera sostenida el comportamiento de los años siguientes.

Al revisar la serie histórica de los Boletines Epidemiológicos del Ministerio de Salud de nuestro país, se observa que el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) ocupa un lugar protagónico en la infancia. No solo es una causa frecuente de infecciones respiratorias agudas, sino también uno de los principales agentes asociados a infecciones respiratorias agudas graves y a

muertes, especialmente en menores de un año. Esta realidad coincide con reportes internacionales que señalan al VSR como responsable de una proporción importante de la mortalidad durante el primer año de vida⁽¹⁾.

Este escenario obliga a mirar la prevención del VSR no solo como una intervención clínica dirigida a evitar casos individuales graves, sino como una estrategia de salud pública capaz de reducir hospitalizaciones, aliviar la presión sobre los servicios y disminuir brechas de acceso entre distintos grupos de lactantes.

La gravedad de las infecciones por VSR y la mortalidad aumentaban en grupos de riesgo, como lactantes con antecedente de prematuridad, pacientes con displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas, fibrosis quística y otras condiciones subyacentes. Ante esta realidad, y frente a la dificultad histórica de contar con una vacuna eficaz contra el VSR, las primeras publicaciones sobre anticuerpos monoclonales abrieron una nueva posibilidad preventiva⁽²⁾. Así, a partir del año 2000 se inició a nivel internacional la inmunización pasiva con Palivizumab en estos grupos de riesgo; en Latinoamérica, Chile lo incorporó al sistema de salud en 2008. En Paraguay, la

Correspondencia: Rosanna Fonseca C **correo:** rosannafonseca74@gmail.com

Conflicto de intereses: La autora declara no tener conflictos de interés

Recibido: 26/07/2026 **Aprobado:** 05/08/2026

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.53022026001>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

inmunización pasiva con Palivizumab comenzó en el año 2013, con impacto observable desde el primer año sobre los indicadores de internación y muerte en la población objetivo que accedía a la estrategia. Sin embargo, los equipos que la implementaban enfrentaban desafíos importantes, como: alcanzar a toda la población elegible, completar esquemas mensuales, sostener la convocatoria periódica, asumir costos elevados entre otros aspectos^(2,3).

Los principales retos del Palivizumab estuvieron vinculados a su indicación restringida a niños de alto riesgo, aun cuando una parte sustancial de la carga global por VSR recaía en lactantes nacidos a término y sin comorbilidades. Esta situación generaba una tensión evidente desde la perspectiva de la equidad: se lograba impacto en la población cubierta por la estrategia, pero dicho efecto no se reflejaba plenamente en los indicadores globales, porque la mayoría de los niños afectados permanecía fuera de la cobertura preventiva.

Palivizumab aportó una prueba de concepto fundamental: un anticuerpo monoclonal sérico anti-VSR podía reducir la enfermedad grave en lactantes de alto riesgo. Al mismo tiempo, la considerable carga clínica del VSR, sumada a la ausencia de un tratamiento específico eficaz, mantuvo el manejo de la enfermedad limitado principalmente a terapias de apoyo. En este contexto, la prevención continuó siendo la estrategia principal para reducir tanto la carga de enfermedad como los costos sanitarios asociados^(3,4).

En este escenario surge Nirsevimab como un avance relevante para ampliar la prevención frente al VSR. A diferencia de Palivizumab, su esquema de administración más simple y su potencial aplicación universal permiten pensar en una estrategia capaz de superar la carga clínica y económica de la enfermedad por VSR en todos los lactantes. Los primeros análisis económicos sugerían que Palivizumab resultaba costo-efectivo principalmente en poblaciones de alto riesgo definidas de manera estrecha, mientras que Nirsevimab ofrecía una mejor relación costo-efectividad, especialmente con precios de adquisición más bajos y estrategias de administración estacional^(5,6).

La profilaxis con Nirsevimab se inicia a nivel mundial en el año 2023 y se ha asociado con una reducción

sustancial del riesgo de hospitalización por VSR y con menor gravedad en los casos que requieren internación, lo que respalda su implementación como estrategia de salud pública⁽⁷⁾.

La evidencia disponible también sugiere que Nirsevimab reduce los desenlaces graves asociados al VSR durante la primera temporada, sin aumentar el riesgo de enfermedad más grave en la segunda. Tras el seguimiento desde la implementación en España, se mantienen tasas más bajas de hospitalización y de ingreso a unidades de cuidados intensivos pediátricos en los lactantes inmunizados⁽⁸⁾. Estos hallazgos respaldan una estrategia universal, por encima de una indicación selectiva, para proteger a todos los lactantes que ingresan a su primera temporada de VSR.

En Latinoamérica, Chile fue primer país en incorporar el Nirsevimab al esquema de inmunización; la estrategia chilena redujo significativamente las hospitalizaciones relacionadas con el VSR y los casos graves que requirieron cuidados intensivos. Además, los resultados mostraron un impacto más amplio en salud pública, con reducciones en hospitalizaciones por infecciones respiratorias bajas de cualquier causa. Esta experiencia regional ofreció un antecedente relevante para otros países que buscan avanzar en la prevención del VSR⁽⁹⁾.

Además, en poblaciones específicas, como los prematuros hospitalizados durante la temporada de VSR, la administración temprana y monitorizada de Nirsevimab ha sido propuesta como una alternativa segura y factible para reducir el riesgo de enfermedad grave⁽¹⁰⁾.

Ante lo expuesto, la evidencia internacional y regional convergen en un mismo punto: cuando la prevención del VSR se plantea desde una perspectiva universal, el beneficio deja de limitarse a grupos previamente definidos como de alto riesgo y comienza a expresarse en indicadores poblacionales. Desde esta mirada, Paraguay en el año 2025 se convirtió en el segundo país de Latinoamérica en incorporar la estrategia de inmunización pasiva con Nirsevimab, logrando no solo reducir los casos graves y las internaciones, sino logrando no registrar ni un caso de muerte infantil en la población objetivo⁽⁶⁾.

La experiencia del Hospital General Materno Infantil San Pablo, donde me desempeño, refleja el camino recorrido en la inmunización pasiva contra el VSR, constituyendo un ejemplo relevante para el análisis de políticas de prevención neonatal; y en muchos sentidos, la historia de una lucha sostenida. Como centro de referencia para la atención de recién nacidos prematuros, iniciamos en 2013 la administración de Palivizumab con el objetivo de reducir comorbilidades en este grupo vulnerable. Durante once años observamos resultados consistentes: disminución de internaciones y mortalidad en la población objetivo. Sin embargo, el servicio de urgencias continuaba sobrepasado por cuadros respiratorios, y enfrentábamos la necesidad de unidades de terapia intensiva para recién nacidos con bronquiolitis que no podían ser satisfechas debido a la ocupación permanente.

Ante este escenario, la implementación de Nirsevimab en 2025 permitió ampliar de manera significativa el concepto de equidad. No se registraron solicitudes de internación desde urgencias hacia Neonatología por bronquiolitis en recién nacidos, y se observó un descenso del 32 % en las consultas por cuadros respiratorios en urgencias entre abril y junio de 2025. Por primera vez, no fue necesario aplicar medidas de contingencia como contratación de personal adicional o la readecuación de espacios para la internación de pacientes con afecciones respiratorias.

La experiencia paraguaya con Nirsevimab en 2025 representa una oportunidad para analizar no solo resultados clínicos, sino también el valor de una política pública orientada a reducir inequidades desde el inicio de la vida.

REFERENCIAS

1. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Boletín Epidemiológico Semanal SE 29 [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2026 [citado 2026 jul 26]. Disponible en: <https://dgvs.mspps.gov.py/boletin-epidemiologico-semanal/>
2. Fattore MJ, Maccarrone AJA, Brusadin M, Arbio MS, Saá G, Grupo Palivizumab SAP. Recomendaciones sobre el uso de palivizumab: actualización 2023. Arch Argent Pediatr. 2025;123(1):e202410430.
3. Carbonell-Estrany X, Simões EAF, Bont L, Manzoni P, Zar HJ, Greenough A, et al. Twenty-five years of palivizumab: a global historical review of its impact on respiratory syncytial virus disease burden in children. Expert Rev Anti Infect Ther. 2025;23(6):359-78. doi:10.1080/14787210.2025.2481908.
4. Gonzales T, Bergamasco A, Cristarella T, Goyer C, Wojdyla M, Oladapo A, et al. Effectiveness and safety of palivizumab for the prevention of serious lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus: a systematic review. Am J Perinatol. 2024;41(S01). doi:10.1055/a-1990-2633.
5. Văduva A, Dinulescu A, Drăgănescu AC, Man SC, Pleșca DA. Efficacy, safety profile, and cost-effectiveness of nirsevimab versus palivizumab for respiratory syncytial virus prevention in children under 24 months: a systematic review. Children (Basel). 2026;13(3):331. doi:10.3390/children13030331.
6. Martínez de Cuellar C, Giménez E, Weber E, Araya S, Campuzano de Rolón A, et al. Prevención de las infecciones respiratorias graves por virus sincitial respiratorio. II Consenso Interinstitucional. Pediatr (Asunción). 2026;53(1). doi:10.31698/ped.53012026015.
7. Cocchi E, Bloise S, Loreface A, Zannoni S, Pellegrini B, Morlupo FS, et al. Nirsevimab prophylaxis and respiratory syncytial virus hospitalizations among infants. JAMA Netw Open. 2025;8(11). doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.44679.
8. Coma E, Martínez-Marcos M, Hermosilla E, Mendioroz J, Reñé A, Fina F, et al. Impact of nirsevimab immunoprophylaxis on respiratory syncytial virus-related outcomes in hospitals and primary care after two consecutive seasons: a population-based retrospective cohort study in infants during their second year of life in Catalonia, Spain. Eur J Pediatr. 2025;184(10):616. doi:10.1007/s00431-025-06440-x.

9. Torres JP, Sauré D, Goic M, Thraves C, Pacheco J, Burgos J, et al. Effectiveness and impact of nirsevimab in Chile during the first season of a national RSV immunization strategy (NIRSE-CL): a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis.* 2025;25(11):1189-98. doi:10.1016/S1473-3099(25)00233-6.
10. Izquierdo G, Villena R, Cabrera C, Albornoz J, Hueichao N, Guerra C, et al. Safety of timely nirsevimab immunization in hospitalized preterm infants. *Vaccine.* 2025;63:127591. doi:10.1016/j.vaccine.2025.127591.