



Promover la colaboración entre los sectores de la protección de la infancia y de la salud en el contexto de brotes de enfermedades infecciosas: Consultas con las partes interesadas

AGRADECIMIENTOS

Las consultoras independientes Nidhi Kapur y Hannah Thompson realizaron en nombre de la iniciativa READY las consultas con las partes interesadas resumidas en este informe. Lauren Murray, líder de protección de la infancia de READY, estuvo al cargo de la supervisión y el soporte técnico. READY desea dar las gracias a todos los informantes que dedicaron tiempo a compartir sus perspectivas y experiencias. Además, desea reconocer su contribución a promover una mayor colaboración en el futuro entre los actores de salud y de protección de la infancia en el contexto de brotes de enfermedades infecciosas.

Diciembre de 2021

Iniciativa READY
Save the Children
899 North Capitol Street NE, Suite 900
Washington D.C. 20002

Ha sido posible realizar este informe gracias al generoso apoyo del pueblo americano a través de la Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad de la Iniciativa READY y no refleja necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos. Liderada por Save the Children, READY se pone en marcha en colaboración con el Centro para la Salud Humanitaria de Johns Hopkins, el Centro para los Programas de Comunicación de Johns Hopkins, UK-Med, EcoHealth Alliance y Mercy Malasia.

1. ANTECEDENTES

En 2018, la Oficina de Asistencia Humanitaria de USAID (USAID/BHA, por sus siglas en inglés) concedió fondos a Save the Children para que liderase una iniciativa global de tres años de duración con el objetivo de aumentar la capacidad de respuesta humanitaria ante brotes importantes de enfermedades. A través de un consorcio entre socios, esta iniciativa, conocida como READY, complementa los esfuerzos existentes para construir y retener capacidades entre los miembros operativos del consorcio, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras partes interesadas con el objetivo de poder responder ante brotes graves de una manera más rápida y efectiva. Promueve un enfoque integrado y multisectorial de la respuesta ante brotes para cubrir de manera holística las necesidades de las comunidades afectadas, centrándose en la implicación comunitaria y la comunicación. READY prioriza las enfermedades con mayor potencial epidémico o pandémico, específicamente las transmitidas por el agua, por vías respiratorias o por fluidos corporales.

2. OBJETIVOS

En todo el mundo, las evidencias de anteriores brotes de enfermedades infecciosas han demostrado una y otra vez que aumentan la incidencia de problemas en la protección de la infancia¹; en concreto crecen las cifras de niños que sufren abusos, violencia, explotación y/o abandono. La susceptibilidad tanto biológica como de comportamiento de los niños ante ciertas enfermedades infecciosas se agrava por los posibles modos en que las medidas de salud pública, diseñadas para contener y controlar la transmisión del virus, alteran la vida diaria durante y después de un brote.²

La pandemia sin precedentes de COVID-19, su impacto en la infancia y las lecciones aprendidas hasta ahora, han llevado a READY y a sus socios estratégicos a priorizar la coordinación y la colaboración entre los actores de protección de la infancia y de salud. Aunque la respuesta a anteriores brotes de enfermedades infecciosas, como el ébola o la difteria, recalcó la necesidad de que los actores de protección de la infancia y de salud trabajasen juntos, por ejemplo garantizando un cuidado alternativo seguro para menores no acompañados o huérfanos o creando mensajes adaptados a niños, la respuesta al COVID-19 en contextos humanitarios subrayó la necesidad y los desafíos de desarrollar programas de manera integrada. De hecho, la pandemia ha demostrado de manera inequívoca que resulta esencial incrementar la atención y la orientación que se proporciona tanto en el cómo como en el porqué de la programación integrada.

En un esfuerzo para apoyar la obtención de evidencias y el desarrollo de guías sobre la programación integrada, READY llevó a cabo una serie de consultas con las partes interesadas para examinar desafíos clave, mejores prácticas y éxitos de programas que integran la protección de la infancia y la salud durante la pandemia actual y durante anteriores brotes y epidemias. Estas consultas tienen como objetivos específicos:

- 1) Identificar las mejores prácticas y los éxitos de las respuestas que integran la protección de la infancia y la salud

¹ UNICEF Innocenti (2020), Impacto de Epidemias y Pandemias en la Protección de la Infancia: Lecciones aprendidas de una revisión rápida en el contexto del COVID-19, disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/WP-2020-05-Working-Paper-Impacts-Pandemics-Child-Protection.pdf>.

² Nota orientativa de la Alianza para la Protección de la Niñez y la Adolescencia en la Acción Humanitaria (2018): Protección de la infancia durante brotes de enfermedades infecciosas, disponible en: <https://alliancecpha.org/en/child-protection-online-library/guidance-note-protection-children-during-infectious-disease>.

- 2) Nombrar y entender las carencias y los cuellos de botella al diseñar y poner en práctica una respuesta integrada
- 3) Recopilar recomendaciones para garantizar una programación integrada en el futuro

Este trabajo tiene como objetivo fortalecer la Norma 24 de las Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (CPMS, por sus siglas en inglés)³ con el objetivo de preparar mejor tanto a los actores de salud como a los de protección de la infancia para futuros brotes de enfermedades infecciosas. El presente informe documenta reflexiones y recomendaciones fundamentales ligadas a la colaboración intersectorial recopiladas al consultar a informantes clave.

3. METODOLOGÍA: CONSULTAS A PARTES INTERESADAS

A continuación se proporciona un resumen de la metodología empleada en las consultas a las partes interesadas.

- En mayo de 2021 se establece una junta directiva para reunir a compañeros del Área de Responsabilidad de Protección de la Infancia (CP AoR, por sus siglas en inglés), el Clúster de Salud Mundial (GHC, por sus siglas en inglés), el Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (MHPSS, por sus siglas en inglés) y el Comité Internacional de Rescate (IRC, por sus siglas en inglés) para:
 - Servir de contactos clave en nombre de sus agencias;
 - Supervisar y proporcionar dirección técnica al proceso de consulta con regularidad;
 - Facilitar la recopilación de documentos clave para la revisión documental, sobre todo los que no son de acceso público;
 - Identificar de manera conjunta a informantes clave para realizar consultas en profundidad como parte del mapeo de actores y para facilitar la planificación y la adopción de los participantes;
 - Revisar y proporcionar comentarios consolidados y oportunos sobre borradores distribuibles, así como validar las versiones finales.
- Antes de empezar el proceso de consulta, se realizó una ligera revisión documental para identificar documentos específicos de países (incluyendo Procedimiento operativo estándar, notas orientativas, guías de trabajo, etc.) creados por compañeros para apoyar la colaboración y coordinación entre actores de protección de la infancia y de salud. Al principio, esta revisión documental incluía documentos provenientes de miembros de la junta directiva y evolucionó para abarcar más materiales compartidos por informantes clave.
- Con el apoyo de la junta directiva, READY utilizó un muestreo intencional para llevar a cabo un total de 32 entrevistas con informantes clave (KII, por sus siglas en inglés) entre mayo y junio de 2021.

³ La edición de 2019 de las Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (CPMS) está disponible en: https://alliancecpha.org/en/CPMS_home.

- Los informantes clave representaban diferentes sectores y áreas técnicas, incluyendo protección de la infancia (17 informantes clave), salud (13 informantes clave) y educación en emergencias (2 informantes clave)
- Los informantes clave provenían de una serie de organizaciones y redes entre las que se incluyen: el Grupo de Trabajo para el Aprendizaje y Desarrollo de la Alianza para la Protección de la Niñez y la Adolescencia en la Acción Humanitaria (La Alianza), la Red Interagencial para la Educación en Situaciones de Emergencia (INEE, por sus siglas en inglés), el Área de Responsabilidad de Protección de la Infancia (CP AoR), el Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (MHPSS), Better Care Network, la Coalición Global para Proteger la Educación de Ataques (GCPEA, por sus siglas en inglés), agencias de las Naciones Unidas (ONU) que incluyen a UNICEF, ACNUR, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OTI) y organizaciones no gubernamentales internacionales (ONGI) que abarcan: Save the Children, Plan International, IRC, Action Contre la Faim, World Vision, International Medical Corps, Humanity & Inclusion.
- Los KII principalmente buscaban 1) entender la experiencia de los informantes al trabajar en brotes de enfermedades infecciosas con varios grados de integración sectorial en relación con la protección de la infancia y la salud, 2) explorar carencias clave, identificar oportunidades y documentar éxitos y 3) entender las recomendaciones de los informantes para garantizar la integración de las consideraciones en cuanto a protección infantil en los esfuerzos de preparación y respuesta.
- Al principio de cada entrevista se pidió un consentimiento informado y las respuestas de los informantes clave se anonimizaron para mantener la confidencialidad.

4. REFLEXIONES CLAVE

Al llevar a cabo consultas con las partes interesadas, los profesionales de la salud y de la protección de la infancia identificaron de manera colectiva una cantidad de barreras y desafíos a la colaboración sectorial en el contexto de brotes de enfermedades infecciosas. A continuación se presenta un resumen de alto nivel de estas reflexiones agrupadas por tema:

Restricciones ligadas al tiempo y la velocidad de respuesta:

- Algunas partes implicadas sentían que, debido a una combinación de limitaciones de tiempo, falta de personal y sobrecarga de trabajo, se dificultaba la colaboración intersectorial, sobre todo en brotes que necesitan una respuesta rápida.
- Con frecuencia estas restricciones se veían exacerbadas por la falta de preparación o de planificación exhaustiva del escenario previo al brote.

Diferencias en las normas, actitudes y conocimientos de los sectores:

- La percepción incorrecta de que «es bueno tener» protección de la infancia, pero no necesario, se subrayó como una posible barrera de actitud a la hora de priorizar las necesidades de los niños y cuidadores, particularmente en las primeras etapas de la respuesta.
- También se vio que las diferencias en formación académica influían en la manera de trabajar. Por ejemplo, el personal clínico puede haber recibido una educación más inclinada a la lógica y los procedimientos, a seguir una serie lineal de pasos, mientras que los profesionales de la protección de la infancia están formados para ver el ambiente de un niño de una manera holística, más allá del ámbito clínico. Por tanto, muchas partes implicadas consideraron que los profesionales de la protección de la infancia tienden más a identificar y hacer frente a preocupaciones que surgen de la intersección entre las características virales (modo de transmisión, etc.) y los efectos (a menudo no intencionados o corolarios) de las medidas / mensajes de control y prevención de la infección (CIP) necesarios para controlar el brote.
- Además, las partes implicadas indicaron que una falta de conocimiento de otros sectores limita la capacidad de los individuos para identificar puntos de convergencia y maneras de trabajar juntos.

Factores individuales, interpersonales e institucionales:

- Varias partes interesadas apuntaron que una colaboración exitosa con frecuencia tenía que ver con la personalidad individual o resultaba ser un producto del tiempo que el personal clave llevase trabajando en ese puesto.

El riesgo de silos debido al sistema de clúster humanitarios:

- Varias partes interesadas sintieron que, por su propia naturaleza, el sistema de clúster humanitarios puede perpetuar silos entre los sectores y que es necesario superar estos silos de manera intencionada buscando de forma proactiva una respuesta integrada como marca de calidad.

Limitaciones relacionadas con los donantes, los mecanismos de financiación y el financiamiento:

- Aunque ciertos donantes son multisectoriales por naturaleza (por ejemplo Pooled Fund) y algunos defienden la programación holística, las partes interesadas reportaron que muchos donantes son específicos de un sector, lo que dificulta la tarea de proporcionar una respuesta integrada.

Brotos cíclicos frente a brotes nuevos:

- En contextos en que ciertas enfermedades infecciosas tienden a ser endémicas y se gestionan brotes repetidamente, los interesados consideraron que puede haber más oportunidades para una colaboración sectorial constante, ya que las relaciones de trabajo y las respuestas a los brotes son iterativas por naturaleza.

- En Yemen, por ejemplo, la posibilidad de brotes de cólera y sus implicaciones están resaltadas dentro de la Estrategia Integrada de Reducción de Riesgo de Hambruna, ⁴ la cual trata la enfermedad desde una perspectiva intersectorial (p. ej., si un niño está inmunocomprometido debido a la malnutrición, será más susceptible a enfermedades tales como el cólera).
- Los interesados notaron que, en comparación, la novedad del COVID-19 hizo que al principio hubiese escasa información respecto a sus patrones de transmisión y cómo protegerse frente a la infección, particularmente dada la presencia de casos asintomáticos pero infecciosos. La escala global de la pandemia también ha supuesto que todo el mundo se viese afectado en cierto grado, a diferencia de brotes de otras enfermedades infecciosas que suelen estar geográficamente limitados y en los que la intervención (de áreas/individuos no afectados) es normalmente posible.

Individuos infectados vs. afectados:

- Algunas enfermedades infecciosas afectan principalmente a los niños, tales como el sarampión, cuyos infectados son mayormente niños menores de 2 años. En estos casos, algunos de los interesados consideraron que la conexión entre la salud y la protección de los niños puede que fuera más clara.
- Con el COVID-19, sin embargo, hubo significativamente menos casos de niños infectados que de adultos (y normalmente con síntomas menos graves). Por ello, los profesionales sanitarios se han centrado menos en los niños. Por tanto, como los índices de infectados entre los niños han sido menores, la realidad de que los niños se hayan visto altamente afectados por la pandemia puede que haya recibido menos atención, de acuerdo con algunos informantes clave.

⁴ Estrategia Integrada de Reducción de Riesgo de Hambruna: Una estrategia interclúster para prevenir la hambruna en Yemen: Un estudio de caso (Julio 2020), disponible en: <https://reliefweb.int/report/yemen/integrated-famine-risk-reduction-inter-cluster-strategy-prevent-famine-yemen-case-study>.

Un estudio de caso en la colaboración sectorial: Bazar de Cox, Bangladés

Al inicio de la pandemia de COVID-19, el subsector de protección infantil en Cox's Bazar, Bangladés, integró rápidamente consideraciones sobre protección infantil en la respuesta sanitaria:

- En un momento en que los homólogos sanitarios estaban desbordados con peticiones de todos los sectores, el subsector de protección infantil puso en marcha un grupo de trabajo especial pequeño, con plazos concretos y orientado a tareas concretas responsable de tratar específicamente la cuestión de la protección infantil y la salud en el contexto del COVID-19 (se organizó otro grupo de trabajo para la protección infantil y WASH (agua, saneamiento e higiene)).
- El subsector de Protección Infantil tomó la iniciativa acercarse proactivamente a sus colegas sectoriales y preguntar qué tipo de apoyo les sería más útil. Estuvieron atentos de identificar las necesidades asumiendo la mayor parte del trabajo siguiente (conscientes de que sus homólogos sanitarios estaban saturados de trabajo). Los colegas sanitarios, por su parte, estaban abiertos a cooperar y se mostraron proactivos para proporcionar personal para formaciones y para revisar documentos clave.
- El foco principal fue escenarios críticos en que los niños pudiesen ser separados de sus cuidadores. Además, el grupo se enfocó en la necesidad de proveer a los servicios MHPSS si los niños o cuidadores eran admitidos.
- Los colegas de Protección de la Infancia redactaron una nota orientativa provisional que fue examinada por colegas sanitarios y validada por ambos. En 2020, 137 trabajadores sanitarios fueron subsecuentemente formados en pequeños grupos en persona por Protección Infantil para convertirse en «cuidadores infantiles» y proveer durante las 24 horas del día apoyo a niños en centros de tratamiento en los que, de otra forma, los profesionales Protección Infantil no hubiesen tenido acceso. Los voluntarios de Protección Infantil pudieron asegurarse el acceso a los centros de cuarentena. También se pusieron a disposición juguetes y libros en las instalaciones.
- Desde entonces, la nota orientativa provisional se ha actualizado y se ha formado a un segundo grupo de trabajadores sanitarios usando plataformas virtuales en 2021.

5. RECOMENDACIONES SOBRE FORMAS DE AVANZAR

Durante las consultas con las partes interesadas, informantes clave identificaron una serie de recomendaciones clave para promover una colaboración más estrecha entre los sectores de la Protección Infantil y de la Salud en futuras respuestas a los brotes. Los posibles factores de éxito para una comunicación, coordinación y colaboración eficaces entre los agentes de Protección Infantil y de la Salud se basaron en gran medida en la experiencia pasada y actual en la preparación y respuesta ante brotes de enfermedades infecciosas. Aunque es probable que las recomendaciones requieran contextualización en función del tipo, escala o ubicación de un brote de enfermedad infecciosa, estas se resumen a continuación:

Desarrollar una Teoría del Cambio para explicar la necesidad de la integración sectorial y aclarar las funciones y responsabilidades de cada sector:

- Presentar la integración de las consideraciones de protección infantil como una oportunidad para satisfacer las necesidades de una gran parte de la población (es decir, normalmente entre el 40% y el 50% de la población nacional).
- Mostrar cómo la protección infantil puede servir como un facilitador del éxito de otros objetivos sectoriales. Asimismo, demostrar cómo los profesionales/centros de salud pueden actuar como un importante punto de entrada para la identificación y derivación seguras de los riesgos de protección infantil y la prevención del abuso y la explotación sexuales (PSEA), así como para identificar los riesgos y mitigar los posibles daños involuntarios que puedan derivarse de las medidas de CIP, como la separación familiar.
- Utilizar instrumentos de medición, exámenes de pruebas y ejercicios de inventario para aumentar una base empírica de los beneficios de la respuesta integrada, fomentar el sentido de responsabilidad e influir en la asignación de recursos.
- Asegurar que los agentes comprendan la importancia de la integración para cambiar normas, dejando claro no solo *cómo* integrarse, sino *por qué* se hace.

Priorizar la preparación:

- Teniendo en cuenta la rapidez que a menudo se requiere para responder a un brote de enfermedades infecciosas, debe hacerse mayor hincapié en incorporar consideraciones de protección infantil durante las actividades de preparación, de modo que, cuando se produzca un brote, la atención pueda centrarse en la calidad de la respuesta.
- Como sector, la salud normalmente tendrá listo planes de preparación. Es necesario que los agentes de protección infantil participen en la elaboración de esos planes para asegurar que se tengan en cuenta las consideraciones relativas a la protección infantil y se incluyan vías de derivación, así como que preparen sus propios planes de preparación sectoriales.

Maximizar los beneficios más factibles para justificar la integración:

- La Comunicación de Riesgos y el Compromiso Comunitario (RCCE, por sus siglas en inglés) y el MHPSS son dos áreas de trabajo que naturalmente se prestan a la colaboración intersectorial y que, de forma relativa, proporcionan “victorias rápidas”.
- Las estrategias de RCCE a menudo pueden estar orientadas a los adultos y carecer de mensajes e imágenes adaptados a los niños de diferentes grupos de edad. Los agentes de protección infantil no solo pueden ayudar a llenar esta laguna, adaptando las intervenciones a los niños de distintas edades, géneros y (dis)capacidades, sino que a menudo tendrán también vínculos preexistentes con las comunidades y las diversas plataformas que pueden aprovecharse durante los brotes de enfermedades infecciosas para aumentar la comprensión y la adopción de las medidas de salud pública recomendadas. Los agentes de protección infantil también pueden

liderar el desarrollo de una metodología de niño a niño para crear conciencia y adoptar conductas saludables.

- Las intervenciones de MHPSS son intersectoriales y pueden apoyar tanto al sector de la protección infantil como al de la salud. El COVID-19 ha puesto el foco en la importancia de MHPSS para los niños y cuidadores, y hay una oportunidad de continuar fortaleciendo este entendimiento para asegurar una atención continua durante los brotes de enfermedades infecciosas. Las fuerzas de trabajo de los servicios sociales, dado su compromiso con las familias, desempeñan un papel fundamental en primera línea.

Facilitar la comunicación, la coordinación y la colaboración:

- Identificar personal en puestos clave de coordinación de clústers y cultivar una relación de trabajo positiva (especialmente en momentos clave, como la rotación del personal).
- Establecer Procedimientos operativos estándar claros y sucintos para las derivaciones y las contra-derivaciones.
- Evite la jerga y use un lenguaje accesible.
- Proporcionar a los coordinadores de los clústers y a otro personal clave tres puntos principales con las medidas prioritarias que pueden adoptar para apoyar la integración de las consideraciones relativas a la protección infantil.

Hacer de la integración sectorial una prioridad de gestión y una parte obligatoria de los procesos de trabajo:

- Agréguelo en descripciones de los puestos de trabajo, los objetivos anuales y los organigramas.
- Estructurar los flujos de trabajo para exigir la revisión intersectorial de documentos clave, estrategias, mensajes, etc.
- La orientación y los kits de herramientas deben enfatizar la integración en su redacción, formato y marca.
- Las asignaciones presupuestarias deben reflejar la integración (por ejemplo, incluir un asistente social en los hospitales).
- Elaborar de manera conjunta indicadores de resultados, listas de verificación, hojas de consejos y capacitación.

Promover el liderazgo intelectual y la colaboración formal entre el Global Health Cluster y el Global Protection Cluster, así como el CP AoR:

- Aprovechar la función del recién contratado coordinador de la salud infantil en el Global Health Cluster para promover la colaboración intersectorial.
- Presupuestar para el personal dedicado a la integración.

- Promover la validación de la protección infantil como pilar independiente de la respuesta a las enfermedades infecciosas, además de promover la incorporación de la protección infantil en los demás pilares de la respuesta.

Sincronizar los esfuerzos con otras iniciativas simultáneas de integración:

- Aprovechar el impulso y maximizar el impacto mediante la identificación de puntos de convergencia con otros sectores, especialmente entre la salud, la nutrición, la seguridad alimentaria y/o el agua, el saneamiento y la higiene en las descripciones de puestos de trabajo, los objetivos anuales y los organigramas.
- Asegurar que otros sectores participen activamente en los procesos de redacción, revisión, marca y difusión de las próximas orientaciones/herramientas - para que también puedan abogar por los niños.

Aumentar las inversiones para promover la integración sectorial de los gobiernos nacionales:

- Dado que los brotes de enfermedades infecciosas a menudo se dirigen y gestionan de forma centralizada, puede ser importante sensibilizar a los gobiernos nacionales sobre los beneficios de una respuesta integrada. Esto es especialmente pertinente en contextos donde puedan entrar en juego dinámicas de poder entre ministerios, por lo que el Ministerio de Asuntos Sociales (o entidad equivalente responsable de la protección de la infancia) puede tener menos voz y/o menos presupuesto que el Ministerio de Salud.

Establecer una comunicación específica con los donantes sobre los beneficios de la integración sectorial:

- Los donantes pueden desempeñar un papel importante en el establecimiento de normas y en la armonización de las expectativas en torno a iniciativas integradas de preparación y respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas.
- Los donantes pueden defender la causa no solo haciendo de la integración un requisito para la elegibilidad de financiamiento, sino también compartiendo el mensaje de que la integración es un sello distintivo de calidad.