



LA ALIANZA

PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA EN LA ACCIÓN HUMANITARIA



NOTA DE ORIENTACIÓN:
PROTECCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES DURANTE LOS
BROTOS DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS



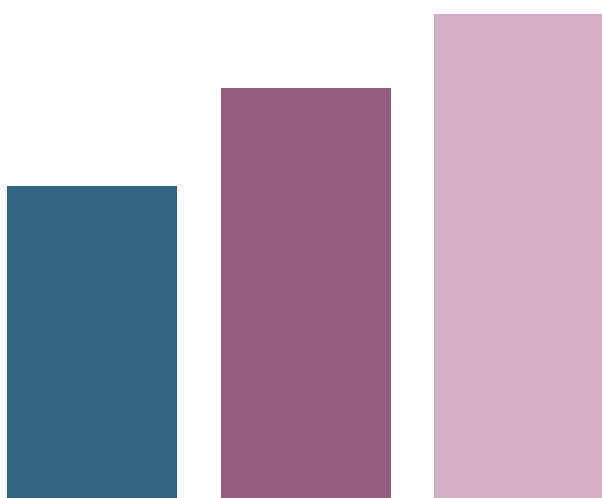
La epidemia del Ébola, que se declaró en Liberia por tercera vez en enero de 2016, afectó gravemente esta nación de África occidental con 4,800 muertos, tuvo un efecto devastador a un sistema de salud que ya era frágil y deficiente. Foto cortesía de Plan International.



**Alianza para la
Protección de la Infancia
en la Acción Humanitaria**



**NOTA DE ORIENTACIÓN:
PROTECCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES DURANTE LOS
BROTOS DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**



Agradecimientos

Esta Nota de orientación sobre la Protección de los niños, niñas y adolescentes durante los brotes de enfermedades infecciosas se redactó de forma colaborativa por el Grupo de Trabajo de las Normas mínimas para la protección de la Infancia en la acción humanitaria de la Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (dirigido conjuntamente con Terre des hommes y Save the Children) bajo el liderazgo de Plan Internacional Alemania. El contenido de esta Nota de orientación está basada en las experiencias profesionales de compañeros en el terreno que, en el momento de la publicación, participaban o habían participado recientemente en la protección de niños, niñas y adolescentes durante los brotes de enfermedades infecciosas.

Nota de orientación elaborada por: Hanna-Tina Fischer, Leilani Elliott (PhD) y Sara Lim Bertrand de Proteknon Consultancy Group con la asistencia de Anita Queirazza, Plan International

Diseño gráfico por: www.prinsdesign.co.za

El desarrollo de esta Nota de orientación fue financiado generosamente gracias al apoyo de la Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Un especial agradecimiento a los integrantes del grupo técnico de referencia y los informantes clave que compartieron sus ideas y experiencias durante todo el proceso de redacción y revisión. En especial, los autores desean reconocer las valiosas aportaciones de:

Dra. Maya Aarii, UNICEF
Frederic Baele, Goal
Juliet Bedford, Universidad de Oxford
Lauren Bienkowski, Área de Responsabilidad de Protección de la Infancia (UNICEF)
Audrey Bollier, Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (Save the Children)
Andrew Brooks, UNICEF
Marcio Gagliato, Grupo de Trabajo de salud Mental y Psicosocial (MHPSS)
Peter Gross, UNICEF
Hani Mansourian, Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (UNICEF)
Amanda McClelland, Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC)
Dra. Rachel Moresky, Universidad de Columbia
Edouard Ndong, World Vision International
Hellen Nyangoya, UNICEF
Ruth O'Connell, Save the Children
Heather Papowitz, UNICEF
Cristina Pérez, Plan International
Minja Peuschel, Save the Children
Marion Pratts, Terre des hommes
Helen Alice Richards, Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID)
Timothy Sam, MSF
Amy Richmond, Save the Children
Dr. Alexander Rosewell, UNICEF
Braima Sellu, Child Fund
Gurvinder Singh, Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC)
Susan Wisniewski, Grupo de Trabajo CPMS (Terre des hommes)

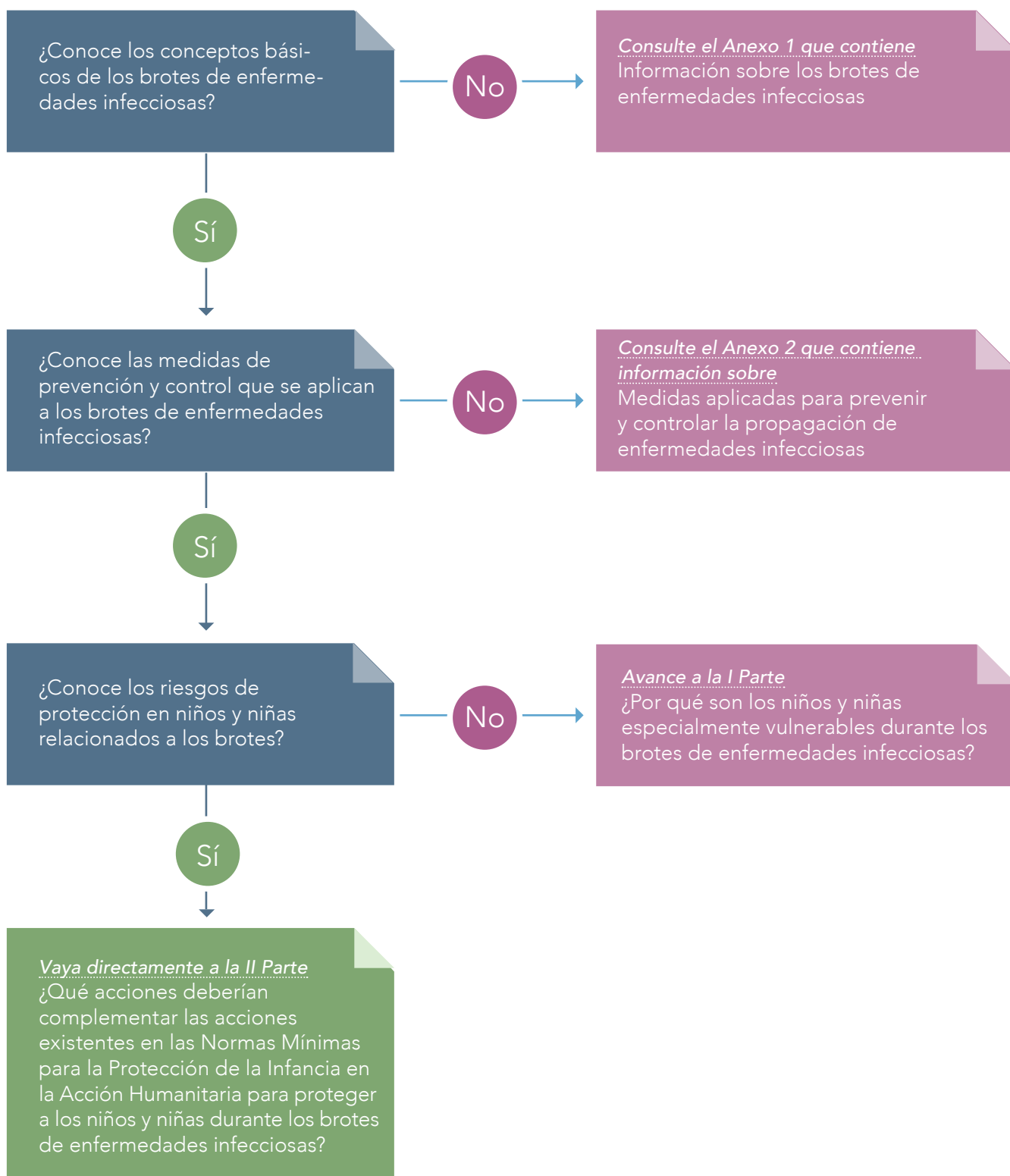
También estamos en deuda con el personal de campo de Plan International, Save the Children y UNICEF que facilitaron los casos prácticos de países.

Índice

Siglas	5
Introducción	7
Fundamentos	7
Objetivos y público	7
Estructura	7
1. ¿Por qué son los niños y niñas y adolescentes especialmente vulnerables durante los brotes de enfermedades infecciosas?	7
1. Susceptibilidad infantil a las infecciones	9
2. Los brotes trastornan los entornos en los que los niños y niñas crecen y se desarrollan	10
3. Las medidas aplicadas para prevenir y controlar los brotes de enfermedades infecciosas pueden presentar riesgos para los niños y niñas	12
2. ¿Qué acciones deberían complementar las acciones existentes en las Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria para proteger a los niños y niñas durante los brotes de enfermedades infecciosas?	19
Normas mínimas para garantizar una respuesta de calidad	20
Normas mínimas para atender a las necesidades de protección de la Infancia	25
Normas mínimas para desarrollar estrategias adecuadas de protección de la Infancia	33
Anexo 1. Información sobre los brotes de enfermedades infecciosas	37
Anexo 2. Medidas aplicadas para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas	41
Anexo 3. Tipos de brotes de enfermedades infecciosas	45
Referencias	49

Gráfico

Este gráfico está diseñado para ayudarle a navegar por esta Nota de orientación. Sus respuestas a las preguntas en azul oscuro le guiará a los apartados más relevantes de la Nota de orientación.



Siglas en inglés y su significado en español

CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, EE.UU.
CFS	Espacios adaptados a los niños
Co-V	Coronavirus
EDV	Enfermedad por el virus del Ébola
ETU	Unidad de tratamiento del Ébola
FTR	Búsqueda y reunificación familiar
HEPI	Programa de preparación ante emergencias de salud
VIH (siglas en español)	Virus de inmunodeficiencia humana
IASC	Comité Permanente entre Organismos
ICC	Centro de atención temporal
EI (siglas en español)	Enfermedad infecciosa
IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
RSI (siglas en español)	Reglamento Sanitario Internacional
L3	Emergencia nivel 3 del IASC
MHPSS	Salud mental y apoyo psicosocial
OICC	Centro de observación y atención temporal
PHEIC	Emergencias de salud pública de interés internacional
EPP (siglas en español)	Equipo de protección personal
PSS	Apoyo psicosocial
SARS	Síndrome respiratorio agudo grave
POE (siglas en español)	Procedimientos operativos estandarizados
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres
OMS (siglas en español)	Organización Mundial de la Salud



El personal de Plan Internacional Brazil ha estado ocupado trabajando con el gobierno nacional y las autoridades locales para atajar la propagación del virus del Zika. Gran parte de este trabajo consiste en crear conciencia y garantizar que los niños y sus familias tengan los recursos y la información que necesitan para poder detener la propagación de los mosquitos portadores del virus. Sin embargo, ninguna acción comunitaria sería completa sin la participación de los niños. Foto cortesía de Plan Internacional/Brasil.

Introducción

PLANTEAMIENTO

La frecuencia de los brotes de enfermedades infecciosas en todo el mundo ha aumentado en los últimos 40 años.¹ La globalización y un mayor movimiento relacionado de personas y bienes entre países y en todos los continentes ha incrementado la posibilidad de que las enfermedades infecciosas se propaguen rápidamente en todo el mundo.² Si bien se ha avanzado en la prevención, vigilancia y tratamiento de enfermedades, los brotes de enfermedades infecciosas siguen siendo un problema de salud pública.^{1(p5)}

Los brotes de enfermedades infecciosas pueden aparecer durante una crisis humanitaria o pueden en sí mismos constituir una emergencia humanitaria, que la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR) define como una situación peligrosa que genera pérdidas humanas, materiales, económicas o medioambientales generalizadas y que excede la capacidad de la comunidad o sociedad afectada a afrontar dicha situación de alto riesgo con sus propios recursos.³ A partir de diciembre de 2016, el IASC ha ampliado los criterios de activación respecto a las emergencias de nivel 3 (N3) para incluir situaciones de enfermedades infecciosas.⁴ Una emergencia N3 se refiere a la clasificación designada a una crisis humanitaria de aparición repentina, grave y a gran escala que requiere la movilización de todo el sistema para aumentar la respuesta humanitaria y mejorar la asistencia general.

Los niños y niñas, en particular, son vulnerables durante los brotes de enfermedades infecciosas por diferentes motivos. Más allá del efecto inmediato en su salud y la de sus cuidadores, las interrupciones sociales y económicas provocadas por los brotes también presentan riesgos en el bienestar y en la protección de los niños y niñas. Las experiencias aprendidas a través de los brotes, más recientes, es decir el brote de cólera en Yemen en 2016.-2017 y la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en África occidental en 2014-2016, nos han enseñado que las respuestas habituales de protección de la niñez y adolescencia, siendo históricamente basadas en contextos de conflictos armados y catástrofes naturales no se adecuan a las situaciones de brotes de enfermedades infecciosas lo que presenta dificultades. Asimismo, las respuestas humanitarias a los últimos brotes de

enfermedades infecciosas han destacado la brecha que existe en general, disponibles para apoyar las respuestas de protección de la niñez y adolescencia en emergencias de salud pública.

OBJETIVOS Y USARIOS PRINCIPALES

Esta Nota de orientación tiene por tanto, el objetivo de proporcionar a los especialistas en protección humanitaria de la niñez y adolescencia dirección técnica y a los asesores y directores de programas de protección de la niñez y adolescencia, orientación sobre cómo responder a brotes de enfermedades infecciosas y garantizar que se tengan en cuenta las necesidades de protección de los niños y niñas durante la fase de preparación e implementación de las respuestas a los brotes. Esta Nota de orientación hace uso de las lecciones que se aprendieron durante los brotes de enfermedades infecciosas a nivel mundial en una variedad de contextos.

ESTRUCTURA

Esta nota de orientación se divide en dos partes:

1era parte En esta sección se explica por qué los niños y niñas son especialmente vulnerables durante los brotes de enfermedades infecciosas, describiendo sus **susceptibilidades específicas a las infecciones, los problemas que los brotes pueden provocar en sus entornos y los riesgos que pueden surgir durante los brotes.**

2a parte Esta sección presenta las medidas de **prevención y de respuesta** que complementan las medidas descritas en las *Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (2012)* que ayudarán a los especialistas.

1.



Foto cortesía de Terre des
hommes/Olivier Girard/Burkina
Faso, 2016.

¿Por qué niños y niñas son particularmente vulnerables durante los brotes de enfermedades infecciosas?

Los niños y niñas son especialmente vulnerables durante los brotes de enfermedades infecciosas por tres razones principales:

1. Los niños y niñas tienen **susceptibilidades específicas a las infecciones** durante los brotes de enfermedades infecciosas.
2. Las enfermedades infecciosas pueden **perturbar los entornos donde los niños y niñas crecen y se desarrollan**.
3. Medidas adoptadas para prevenir y controlar la propagación de enfermedades infecciosas pueden exponer a los niños y niñas a **riesgos**.

1. SUSCEPTIBILIDAD INFANTIL A LAS INFECCIONES

La susceptibilidad infantil a las infecciones durante los brotes de enfermedades infecciosas se ve influenciada por varios factores relacionados con su etapa de desarrollo, sus capacidades de desarrollo y por depender de sus cuidadores.¹ Entre ellos:

- Los niños y niñas tienen puntos de contacto adicionales al de un adulto en el útero, la exposición durante el parto y a través de la leche materna.⁵ Además, los niños y niñas son propensos a llevarse objetos a la boca, lo que aumenta su exposición a agentes infecciosos que se transmiten por vía fecal-oral.
- Los niños y niñas, especialmente los menores de cinco años, buscan la proximidad con sus cuidadores y familiares, lo que aumenta el riesgo de exposición si estos caen enfermos.⁶
- Los niños y niñas tienen menos probabilidades de cumplir algunas prácticas de comportamiento y de higiene debido a su edad, madurez y capacidades de desarrollo, como el lavado de manos cotidiano que evitaría o reduciría el riesgo de infecciones.⁷ Los mensajes sobre comportamientos que promueven la salud también suelen estar dirigidos a los adultos.
- Por lo general, las defensas inmunológicas de los niños y niñas son más bajas que las de los adultos ya que su sistema inmunitario todavía se está desarrollando.⁸ Además, el sistema nervioso central, el reproductivo, el digestivo, el óseo, el muscular, el endocrino y los otros sistemas de los niños y niñas también están todavía en desarrollo por lo que las enfermedades infecciosas

“Ser niña o mujer puede agregar una dimensión adicional de susceptibilidad a las infecciones. Existen indicaciones de que las mujeres están expuestas de manera desproporcionada a enfermedades infecciosas de transmisión directa, debido a sus roles tradicionales como cuidadoras”.

pueden tener consecuencias a largo plazo hasta la edad adulta.

- Debido a sus necesidades nutricionales, los niños y niñas corren un riesgo de desnutrición mayor que los adultos, lo que aumenta su riesgo de padecer infecciones a causa de contraer otras enfermedades.⁹⁻¹²
- No todas las vacunas están disponibles para todos los grupos de edad. Por ejemplo, Dukoral, la vacuna oral contra el cólera aprobada por la OMS, solo está autorizada para niños y niñas mayores de dos años. Las vacunas Shanchol y mORCVAC solo están recomendadas para niños y niñas mayores de dos años.¹³
- Ser niña o mujer también añade una dimensión adicional de susceptibilidad a las infecciones. Se sugiere que las mujeres están expuestas de manera desproporcionada a enfermedades infecciosas de transmisión, debido su papel tradicional como cuidadoras.^{14,15} Durante el brote de la EVE en África occidental, por ejemplo, las adolescentes asumieron la responsabilidad de cuidar a los cuidadores y a sus hermanos y hermanas que habían enfermado, lo que les ponía en mayor riesgo de contraer la enfermedad.^{6,16}

Existen diferencias notables en los períodos de incubación, los síntomas y los períodos entre la aparición de los síntomas y el final mortal en los niños, niñas y adultos para muchas enfermedades infecciosas.¹⁷⁻¹⁹ En algunos contextos, los niños y niñas constituyen una mayor carga de la enfermedad, llegando a tasas de letalidad más elevadas,²⁰⁻²² mientras que para otras enfermedades los niños y niñas tienen tasas notablemente inferiores.²³

1 Para más información sobre brotes de enfermedades infecciosas y cómo se transmiten las enfermedades, véase el Anexo 1. Para obtener información específica sobre diferentes enfermedades infecciosas individuales, consulte el Anexo .

2. LOS BROTES ALTERAN LOS ENTORNOS DONDE NIÑOS Y NIÑAS CRECEN Y SE DESARROLLAN

Alteraciones causadas por enfermedades infecciosas.

Los brotes de enfermedades infecciosas pueden perturbar los entornos donde los niños y niñas y se desarrollan. Estos cambios perjudiciales en el entorno pueden ser provocados tanto por las mismas enfermedades infecciosas como por las medidas adoptadas para prevenir los brotes de enfermedades infecciosas.

El modelo ecológico social es útil para ilustrar los efectos que pueden tener las enfermedades infecciosas en los niños y las niñas y sus entornos. Tal como muestra la figura 1, los niños y niñas suelen crecer y desarrollarse en círculos familiares y de amistad arraigados en las comunidades. Cambios que desestabilizan familias, las amistades y la comunidad en general pueden tener consecuencias negativas para el bienestar, el desarrollo y la protección de niños y niñas.

Familias

Las enfermedades infecciosas pueden afectar la composición y funcionamiento de las familias con consecuencias de corto y largo plazo. Considerando que los niños y niñas, especialmente los de más corta edad, dependen de sus cuidadores para que les proporcionen cuidados, atención y protección y para que les satisfagan sus necesidades básicas, estos cambios presentan riesgos notables para su bienestar y desarrollo.

Cambios que afectan la estructura familiar

Durante los brotes de enfermedades infecciosas, es posible que los cuidadores no puedan proporcionar cuidado

ni atención a sus hijos debido la enfermedad, muerte o por otros motivos como aflicción psicológica. La supervisión reducida por parte de los padres puede dejarlos más vulnerables a situaciones de violencia, explotación y abuso.

La ausencia de una atención necesaria también puede activar el sistema de reacción al estrés en un niño o una niña, ya que alerta al niño o a la niña de una situación amenazante. La exposición prolongada al estrés puede influir en los sistemas biológicos de los niños y niñas y conllevar a que desarrollen hipersensibilidad al estrés.²⁴ Si bien estar expuesto a un nivel bajo y moderado de estrés alienta de manera saludable el desarrollo infantil niveles de estrés demasiado “intensos, frecuentes o prolongados” pueden ser tóxicos para niños y niñas, especialmente cuando no cuentan con relaciones de apoyo para amortiguar los efectos.^{24(pág. 236)} En casos extremos, la negligencia o la ausencia persistente de la atención necesaria puede trastornar el desarrollo de la arquitectura cerebral de los niños y las niñas con consecuencias a largo plazo.

Es posible que la estructura familiar también se cambie mediante acciones deliberadas por parte de los cuidadores, como enviar a sus hijos e hijas a zonas no afectadas para que se queden con parientes, el clan familiar o con amigos con la esperanza de mantenerlos a salvo. Es posible que los niños y las niñas que manifiestan síntomas de enfermedad también sean abandonados por sus cuidadores por temor a infectar a familiares, por el estigma social asociado con la enfermedad o porque no pueden costear el tratamiento.²⁵ Los relatos de los trabajadores de primera línea durante la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en Liberia indican que algunos cuidadores no visitaban a sus niños y niñas enfermos en los centros de tratamiento o volvían por ellos una vez curados y, en algunos casos, los familiares rechazaban a los niños y niñas sobrevivientes y a los niños y niñas cuyos cuidadores habían fallecido.²⁶ En ambos casos, la decisión de abandonar al niño o niña surgía de los temores de las familias a ser marginadas por sus comunidades.

Cambios que afectan ingresos familiares

Los brotes de enfermedades infecciosas también pueden tener un efecto devastador en el funcionamiento familiar al limitar las fuentes de ingresos de los miembros de

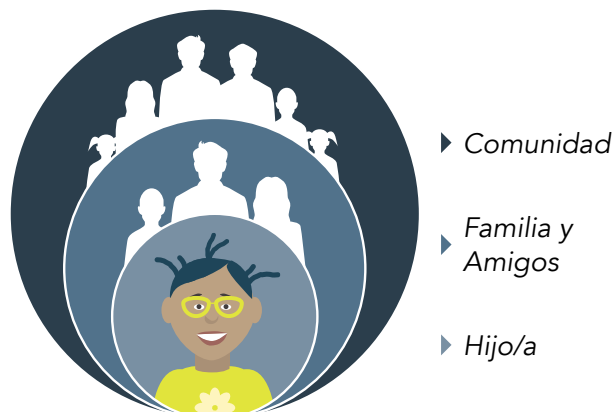


Figura 1: Modelo ecológico común para niños/niñas

la familia a causa de haber contraído la enfermedad, por la necesidad de cuidar a los miembros enfermos o por aumentar los gastos familiares para cuidados de la salud. Por ejemplo, durante un brote de chikunguña en Orissa, India en 2006, un estudio demostró el carácter catastrófico de los gastos de bolsillo que invirtieron las familias para cuidados de la salud, lo que puso en apuros a las familias respecto a sus medios de subsistencia.²⁷ Los efectos de esta pérdida de ingresos pueden tener consecuencias inmediatas y a largo plazo en el acceso a alimentos nutritivos adecuados, atención sanitaria y otras necesidades básicas afectando directamente a miembros de la familia, incluyendo niños y niñas.²⁸

Amistades

Más allá de la familia, las relaciones de los niños y niñas con sus amigos y amigas también pueden verse alteradas debido a una enfermedad infecciosa. Los niños y niñas pueden estar demasiado enfermos para jugar con sus compañeros o sus amigos pueden haber contraído la enfermedad. Las interacciones sociales entre niños y niñas juegan un papel importante en su desarrollo social. Los niños y niñas aprenden competencias sociales durante su crecimiento a través de las interacciones con sus compañeros y con los demás.²⁹ Además, se sabe que jugar e interactuar con amigos y amigas mejora sus habilidades cognitivas, lingüísticas y socio-emocionales.³⁰ Durante

la epidemia de la EVE en Sierra Leona, los niños y niñas expresaron que se sentían tristes, solos y perdidos sin la camaradería de sus compañeros.³¹

Comunidades

A nivel comunitario, las enfermedades infecciosas pueden alterar la productividad, las relaciones sociales entre miembros de la comunidad y la vida cultural.³² Cuando los miembros de la comunidad se enferman, se reduce su capacidad para contribuir a la fuerza de trabajo, como también su compromiso social y cívico. Para las sociedades de pastores que dependen del ganado como fuente de subsistencia, las enfermedades zoonóticas como la fiebre del Valle del Rift (FVR) presentan amenazas para el sustento y la forma de vida de comunidades enteras.³³ En Tanzania, por ejemplo, los impactos de un brote de FVR en 2007 incluyeron la estigmatización de las comunidades afectadas por haber perdido “el respeto y la dignidad”.³³ (pág. 319) También se ha demostrado que las enfermedades infecciosas tienen un impacto psicológico en los miembros de la comunidad que no contrajeron la enfermedad y que no tienen familiares infectados. En el caso del brote de SARS en Singapur en 2003, se descubrió que el brote tuvo un impacto psicológico en los miembros saludables de la comunidad, fomentado por la ansiedad y el miedo a las infecciones.³⁴ Todos estos impactos a nivel comunitario afectan a los niños y niñas.

Abajo: Foto cortesía de Terre des hommes/Will Baxter/Burundi, 2016.



3. LAS MEDIDAS UTILIZADAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LOS BROTES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS PUEDEN PRESENTAR RIESGOS PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS

Las medidas adoptadas por los profesionales médicos y de la salud pública para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad durante los brotes de enfermedades infecciosas son importantes y necesarias para reducir el volumen de casos infectados de enfermedad y el riesgo de infección. (Para obtener más información sobre los diferentes tipos de medidas de prevención y de control usadas para las diferentes enfermedades infecciosas, consulte el Anexo 2.) Si bien los beneficios de las intervenciones de salud pública comúnmente adoptados superan con creces los riesgos, varias de estas medidas también pueden presentar para los niños y las niñas riesgos que no están asociados directamente con la intervención, incluso en el área de la protección de la niñez y adolescencia. Lo que se pretende al resaltar los posibles riesgos de protección de la niñez y adolescencia que estas medidas puedan presentar es identificar las maneras en las que se pueden mitigar los posibles efectos perjudiciales y no deseados.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas de prevención para detener las nuevas infecciones incluyen vacunaciones e intervenciones de educación y medioambientales. Aunque estas medidas salvaguardan contra las infecciones, pueden presentar simultáneamente riesgos para la protección y bienestar de los niños y las niñas.

Vacunación

- Durante las campañas de vacunación, es posible que no se llegue a los niños, niñas y adolescentes más vulnerables, como los que viven en zonas marginales del centro urbano y los que viven en las zonas rurales remotas.³⁵ Para poder abordar esto, se han probado tecnologías de telefonía móvil en Bangladesh, por ejemplo, para mejorar la cobertura de vacunación entre estas poblaciones a las que es difícil llegar.³⁶

Intervenciones educativas

- Durante las campañas de sensibilización, se pueden malinterpretar los mensajes desarrollados para sensi-

bilizar sobre la enfermedad, los modos de transmisión o los comportamientos para reducir el riesgo de transmisión, o pueden llevar a la estigmatización de los grupos en riesgo. Además, el contenido de las iniciativas de sensibilización, junto a la manera en la que se divulgan dichos mensajes, no suelen estar adaptados a los niños, niñas y a la gente joven. El no comprender los mensajes correctamente puede producir pánico y angustia psicosocial entre los niños y las niñas.

Medidas medioambientales

- Las medidas medioambientales adoptadas para prevenir la propagación de enfermedades, como el control vectorial, pueden tener el efecto contrario y no proteger a las personas contra las infecciones ya que pueden ser usadas incorrectamente por diversas razones. Por ejemplo, en Lago Victoria, Kenia, las redes mosquiteras tratadas con insecticidas que se repartieron para reducir la prevalencia de la malaria (especialmente entre los niños y niñas menores de cinco años), se usaban para secar pescado ya que los padres no estaban convencidos de su efectividad contra la malaria.³⁷ Como resultado, los niños y niñas no se beneficiaron de esta medida preventiva, y su susceptibilidad a la malaria permaneció sin cambios.

MEDIDAS DE CONTROL

Para controlar la propagación de una enfermedad infecciosa, las medidas que habitualmente se promulgan incluyen intervenciones de alejamiento social como la cuarentena y el aislamiento, además del tratamiento de la enfermedad.³⁸ Estas medidas también pueden presentar riesgos para los niños y las niñas.

Tratamiento

- Durante el tratamiento, es posible que los cuidadores no puedan proporcionar cuidado ni atención a sus hijos e hijas debido a su propia hospitalización o la de sus otros niños y niñas. Es más, en el caso de que el cuidador fallezca y no se haya colectado la información completa familiar durante su tratamiento, puede complicar el proceso de asignar cuidados alternativos a la hora de identificar a los niños y niñas que quedaron huérfanos.
- Es posible que los centros de salud que proporcionan tratamiento a los niños y las niñas no tengan servicios adaptados a la niñez y que solo tengan por objetivo

"Si bien los beneficios de las intervenciones de salud pública comúnmente adoptadas superan los riesgos, es importante considerar los riesgos de protección de la niñez y adolescencia que puedan surgir de las medidas".

tratar médicamente a los niños y las niñas, sin que también estén adaptados a sus necesidades psicosociales y de desarrollo.³⁹

- También es posible que los niños y las niñas no reciban tratamiento a tiempo debido a la falta de tratamientos disponibles para la niñez o a causa de demoras en el reconocimiento y diagnóstico médico. Con frecuencia, esto sucede con la detección de los signos y síntomas de enfermedades en niños y niñas, especialmente en los recién nacidos, bebés y niños y niñas de corta edad.
- Puede que los centros de salud no posean especialistas, suministros médicos ni el equipo necesario para el cuidado clínico de los niños y las niñas, especialmente respecto a los cuidados críticos para pacientes muy graves.
- Es posible que los centros de salud que ofrecen tratamiento no tengan a disposición servicios de atención para los niños y las niñas que acompañan a los pacientes. En Yemen, durante el brote de cólera en el 2017, por ejemplo, los niños y las niñas que acompañaban a sus cuidadores enfermos a los centros de tratamiento del cólera se quedaban solos para que durmieran en la galería mientras sus cuidadores eran admitidos para ser tratados. Esta situación cuando se quedaban sin supervisión exponía a los niños, especialmente a las niñas, a riesgos de acoso, violencia sexual y abuso.⁴⁰ Los cuidadores que llegaban a los centros de tratamiento con otros familiares podían amenguar este riesgo asegurándose de que algún familiar que les acompañaba supervisaba a sus hijos y hijas mientras recibían tratamiento.
- La atención médica proveída para tratar una enfermedad infecciosa específica puede eclipsar otros tratamientos que necesite la población, incluidos niños y niñas con discapacidades o enfermedades crónicas. Durante la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola, por ejemplo, se documentaron instancias de morbilidad y mortalidad prevenibles entre los niños y las niñas y mujeres embarazadas.⁴¹ Esto se pudo atribuir parcialmente a los centros de salud que dirigían su atención principalmente al tratamiento de la EVE.³¹

Aislamiento

- Durante la admisión en las unidades específicas para el tratamiento, los cuidadores no pueden proporcionar cuidado ni atención a sus hijos e hijas. Del mismo modo, cuando se aísla a niños y niñas, es habitual



Arriba: Kadan Abdi Jama y su hijo, Abdirahman Saed (de un año y ocho meses) posan frente a la sala de mujeres de la unidad de tratamiento del cólera. En mayo de 2017, la Media Luna Roja Somalí, la Cruz Roja Canadiense y la Cruz Roja Noruega desplegaron un centro de tratamiento del cólera en respuesta al aumento de los casos de diarrea acuosa aguda/cólera en Somalilandia. El movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja tuvo un papel principal crítico en el control del brote y en la reducción de recibir 200 pacientes por día durante el pleno mes de junio a tratar cinco o seis casos por día a partir de octubre de 2017. Imagen cortesía de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)/ Somalilandia 2017.

que no reciban cuidado ni atención por parte de sus cuidadores.

- Durante el aislamiento, en muchas instancias los niños y las niñas no tienen acceso a la estimulación cognitiva o social que genera la educación y la socialización con compañeros.
- Los pacientes que han sido aislados corren el riesgo de ser estigmatizados. Durante el brote de MERS en Qatar, por ejemplo, el temor al estigma social demostró ser una de las razones por la que los pacientes no cumplían con el aislamiento médico.⁴²
- Se ha demostrado, que en algunas instancias, el aislamiento afecta la salud mental y el bienestar de los pacientes, e incluso aumenta la depresión y la ansiedad.^{43,44}
- Los miembros de la comunidad pueden malinterpretar las unidades de aislamiento como lugares en los que la gente muere sola, como fue el caso inicialmente en las unidades de tratamiento del ébola en Liberia. Esto puede llevar a desconfiar de los centros de salud y a crear resistencia a las admisiones voluntarias.⁴⁵



Arriba: Razafino Mensanahary, de 23 años, un voluntario de la Cruz Roja se prepara para la evacuación médica de emergencia de un paciente que exhibía síntomas de peste infantil. Imagen cortesía de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)/Maria Santto/Madagascar 2017.

Cuarentena

Cuarentena en el hogar

- La cuarentena en el hogar es una medida de alejamiento social que se usa para reducir la exposición a infecciones. Cuando la cuarentena en el hogar está dirigida a niños y niñas, como durante la pandemia de la gripe H1N1 de 2009 en Victoria, Australia, puede tener repercusiones financieras imprevistas ya que los cuidadores deben ausentarse del trabajo para cuidar a sus hijos e hijas.⁴⁶
- La cuarentena en el hogar puede tener efectos psicológicos en las personas. En respuesta al brote de SARS en Toronto, Canadá en 2003, por ejemplo, las personas bajo cuarentena doméstica mostraban mayores niveles de ansiedad y depresión, y presentaban sentimientos de inseguridad, rechazo, aburrimiento, aislamiento, frustración y preocupación.⁴⁷⁻⁴⁹
- En el caso de niños, niñas y adolescentes admitidos en centros de cuarentena, es posible que no se registre siempre su información familiar, lo que hace difícil contactar a la familia del niño o niña y reunirle con su familia cuando esté preparado para abandonar el centro. Por ejemplo, en Liberia durante la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola, a los niños, niñas y adolescentes admitidos en los centros de observación de atención temporal (OICC por sus siglas en inglés) durante los 21 días de observación, no se les informaba siempre si su cuidador había sobrevivido el ébola o si sus cuidadores estaban en tratamiento.²⁵

Cuarentena en centros médicos

- Durante la cuarentena en centros, es posible que los cuidadores no puedan proporcionar cuidado ni atención a sus niños, niñas y adolescentes debido a su propia cuarentena en centros o la de sus hijos.
- Los centros médicos para la cuarentena puede que no estén previstos de servicios adaptados a las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, que incluyen oportunidades de estimulación cognitiva y social.
- La cuarentena impuesta a aldeas o comunidades completas puede contener con éxito la propagación de infecciones, pero a la misma vez puede limitar simultáneamente la capacidad de los miembros de la familia a trabajar, desempeñar actividades agrícolas y frecuentar los mercados debido a las restricciones de movimiento.⁵⁰ Durante la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en Sierra Leona, esta repercusión financiera dentro del núcleo familiar resultó en riesgos específicos

Cuarentena de zona (cuarentena en el ámbito de aldeas o de la comunidad)

- para los niños y las niñas, incluyendo la explotación de las adolescentes en comercio sexual para complementar los ingresos familiares.⁵¹
- La cuarentena en el ámbito de la comunidad puede incluir el cierre de escuelas cuando se teme la propagación de infecciones a través de las escuelas. Esto afecta directamente el acceso de los niños y las niñas a la educación y a la socialización con sus pares.⁵² En Guinea, Liberia y Sierra Leona, por ejemplo, unos 5 millones de niños, niñas y adolescentes dejaron de asistir a la escuela durante la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola debido al cierre de las escuelas.⁵³ Se observó que el bienestar de los niños y las niñas se vio afectado ya que no podían participar en actividades ordinarias como jugar, interactuar con otros niños y niñas y aprender, así como estar bajo menos supervisión y cuidado por parte de los padres.⁵¹
 - La cuarentena en el ámbito de la comunidad puede provocar una separación familiar prolongada cuando los cuidadores y niños, niñas y adolescentes se encuentran en lugares distintos en el momento de la imposición de las medidas de cuarentena en el ámbito de las aldeas y los distritos, y no tienen forma de reunirse hasta que se levanten las medidas de cuarentena.⁵¹
 - La cuarentena en el ámbito de la comunidad puede repercutir en la disponibilidad y en el acceso a servicios de salud y de registro civil. Por ejemplo, se observó una reducción drástica en la inscripción de nacimientos durante el brote del virus del Ébola en Sierra Leona entre 2014 y 2015, durante ese período se estima que 700,000 niños y niñas no fueron inscritos.⁵⁴ Si bien no es posible atribuir esta disminución solamente a las medidas de cuarentena, se considera que pudieron desempeñar un papel crítico.

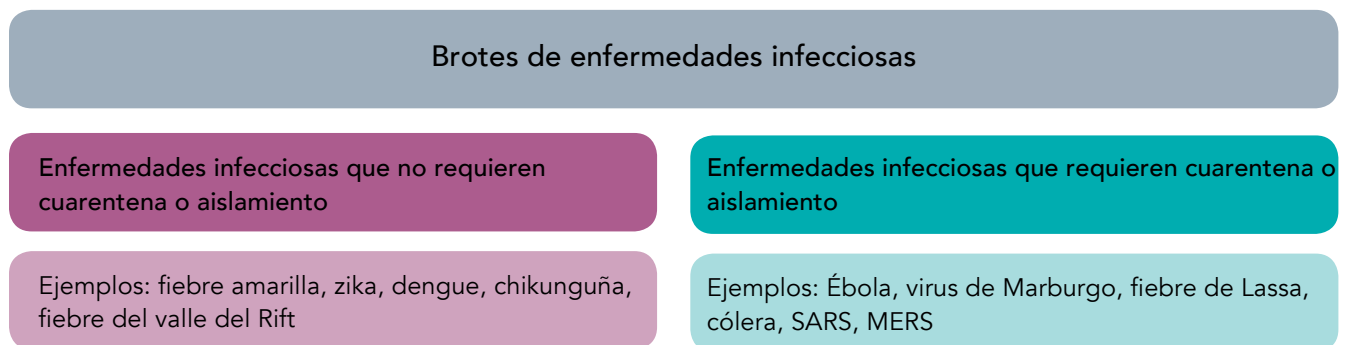
- Cuando miembros de la comunidad no conocen ni comprenden las medidas de cuarentena que se imponen en sus comunidades, puede crear temor y pánico. Durante la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en Liberia, por ejemplo, las medidas impuestas desencadenaron situaciones contraproducentes, es decir, una mayor estigmatización, alteración de las redes sociales existentes de solidaridad y el incumplimiento de las medidas de cuarentena.⁵⁵

¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL QUE SE USAN Y EN QUÉ BROTES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS SON APLICABLES?

Las medidas de prevención y control están diseñadas para detener la propagación de infecciones. Por lo tanto, se necesitan diferentes medidas para las diferentes enfermedades infecciosas, dependiendo en gran medida de cómo se transmiten las enfermedades.

En términos generales, se pueden describir dos categorías principales de enfermedades; aquellas que necesitan cuarentena y aislamiento, y aquellas que no necesitan cuarentena y aislamiento. Esto se debe a que hay medidas menos drásticas que pueden aplicarse como las vacunaciones, medidas de educación y medioambientales y otros tratamientos, mientras que las medidas de cuarentena y aislamiento solo se usarán en brotes de enfermedades sumamente contagiosas y de transmisión directa, de persona a persona. La Figura 2 ilustra estas dos categorías con ejemplos.

Figura 2: Tipos de brotes de enfermedades infecciosas



En conclusión, la tabla que sigue a continuación resume información clave de la 1era Parte y describe los principales riesgos de protección en los niños y niñas que pueden surgir durante los brotes de enfermedades infecciosas. Estos

incluyen los riesgos de protección presentados por la enfermedad en sí, así como aquellos que pueden surgir inadvertidamente a partir de las medidas tomadas para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad.

Tabla 1: Resumen de los riesgos de protección en niños y niñas durante brotes de enfermedades infecciosas

ÁREAS DE PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	RIESGOS ASOCIADOS DIRECTAMENTE CON LA ENFERMEDAD	RIESGOS QUE APARECEN A RAÍZ DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN	
		ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE NO REQUIEREN CUARENTENA O AISLAMIENTO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE REQUIEREN CUARENTENA Y AISLAMIENTO
Separación de niños y niñas de sus cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o incapacidad del cuidador. • Niños y niñas enviados por sus padres a quedarse con otra familia en áreas no afectadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización del cuidador o del niño/niña para el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento del cuidador o del niño/niña • Cuarentena en el ámbito de la comunidad impuesta mientras los miembros de la familia se encuentran en diferentes lugares • Abandono de niños/niñas después de recibir tratamiento o estar en cuarentena
Aflicción psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a contraer la enfermedad. • Estigmatización de las personas infectadas o con sospecha de haber sido contagiadas por la enfermedad. • Muerte o enfermedad de familiares, amigos y vecinos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización del cuidador para el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización del cuidador para el tratamiento • El aislamiento en las unidades de aislamiento y la cuarentena en el hogar puede crear ansiedad y soledad en niños y niñas especialmente si no pueden ser consolados físicamente ni pueden jugar con sus amigos. • Las medidas de cuarentena a nivel comunitario pueden crear temor y pánico en la comunidad • Los equipos de protección personal que usan los trabajadores de la salud pueden parecer extraños y atemorizar
Violencia sexual	<ul style="list-style-type: none"> • La muerte o enfermedad del cuidador reduce la protección de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión de los niños cuando los cuidadores están hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • El cierre de la escuela o el acceso reducido a los servicios y a información sobre salud reproductiva y sexual pueden llevar a incitar más comportamientos arriesgados • Dependencia de personas desconocidas para transportar los bienes y servicios a la comunidad, y que podrían abusar de la reducida supervisión de los niños o pedir sexo a cambio de la asistencia. • Aparecen más barreras para denunciar los incidentes de violencia sexual

ÁREAS DE PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	RIESGOS ASOCIADOS DIRECTAMENTE CON LA ENFERMEDAD	RIESGOS QUE APARECEN A RAÍZ DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN	
		ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE NO REQUIEREN CUARENTENA O AISLAMIENTO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS QUE REQUIEREN CUARENTENA Y AISLAMIENTO
Trabajo infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del ingreso familiar debido a la muerte o enfermedad del cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> • La pérdida del ingreso familiar debido a la muerte o enfermedad del cuidador aumenta el riesgo al trabajo infantil y -en particular en niñas- a la explotación sexual. • Interrupción del sustento, que a su vez impulsa a las niñas a involucrarse en el comercio sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • La pérdida del ingreso familiar debido a las medidas de aislamiento o cuarentena puede incrementar el riesgo a que los niños participen en trabajos arriesgados y a la explotación sexual
Exclusión social	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmatización social de los individuos infectados o bajo sospecha de estar infectados 	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmatización social de los individuos que reciben tratamiento o de los que se sospecha están contagiados • Estigmatización social de los grupos "de riesgo", a quienes se destinan las campañas de concientización 	<ul style="list-style-type: none"> • Estigmatización social de los individuos que estuvieron en cuarentena o tratamiento • Estigmatización social de los grupos "de riesgo" por ser el foco de los materiales educativos • Interrupción de los procesos de registro de nacimientos debido a la cuarentena
Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o enfermedad de un cuidador • Abandono debido al temor a la transmisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que los niños y niñas no reciban niveles consistentes de estimulación social o cognitiva durante el periodo de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento o cuarentena de los cuidadores que les mantiene alejados de sus hijos e hijas • Aislamiento o cuarentena de los niños y niñas sin estimulación social o cognitiva • Cierre de escuelas y otras instituciones
Violencia física	<ul style="list-style-type: none"> • La pérdida del ingreso familiar debido a la muerte o enfermedad del cuidador aumenta las tensiones familiares y los riesgos de violencia doméstica • Miedo a la transmisión, necesidad de cuidar a familiares enfermos o incapacidad de los padres para hacer frente a la angustia psicosocial de los niños y niñas 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión de los niños y niñas cuyos cuidadores han sido hospitalizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas de cuarentena en el hogar y en el ámbito de la comunidad pueden llevar a tensiones entre cuidadores y los niños y niñas en el hogar, y como resultado a un aumento de la frustración de los padres y el castigo corporal • Existen más barreras para denunciar los incidentes de violencia física

2.

Umaru, de 12 años, oriundo del distrito de Moyamba en Sierra Leona. "Un día voy a ser médico porque quiero ayudar a mi familia, al país, a algunos de mis amigos, a mi madre y a mi abuela. Si un día ellos no se sienten bien y caen enfermos, habré estudiado para ser médico y podré ayudarles. Cuando mi padre contrajo el ébola, dijo que le dolía la cabeza; por eso, primero fue al hospital. Le dijeron que tenía ébola y lo refirieron al centro de tratamiento de la enfermedad".

Imagen cortesía de Plan International/Sierra Leona.



¿Qué acciones deben complementar las Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria para proteger a los niños, niñas y adolescentes durante los brotes de enfermedades infecciosas?



Las respuestas humanitarias a los brotes de enfermedades infecciosas necesitan ante todo enfocarse en la prevención y el control de la transmisión de la enfermedad. Al hacerlo, las respuestas deben considerar las consecuencias de los brotes en los niños, sus familias y las comunidades. Es necesario, en particular, considerar las formas singulares en que los brotes, y las posteriores medidas para prevenir y controlar la propagación de la enfermedad, pueden crear riesgos en el bienestar y la protección de los niños y niñas.

En esta sección se identifican las maneras de garantizar la protección de la niñez y adolescencia en las respuestas a los brotes de enfermedades infecciosas en las crisis humanitarias. Con el fin de asegurar que la protección de la niñez y adolescencia sea un componente clave, a continuación se identifican y describen las actividades requeridas para prevenir y responder a las diferentes necesidades de protección de la niñez y adolescencia que pueden surgir durante un brote de enfermedades infecciosas. *Las Normas Mínimas para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria* sirven de marco principal y solo se incluyen las acciones que complementan las acciones existentes en cada norma. Es decir, no se incluyen todas las 26 normas mínimas, sino solo aquellas que requieren acciones complementarias durante brotes de enfermedades infecciosas.

Como se mencionó en la 1era parte, se hace referencia a dos tipos generales de brotes de enfermedades infecciosas: los que requieren cuarentena o aislamiento y los que no. En el caso de que se necesiten consideraciones especiales para las enfermedades infecciosas que requieren cuarentena o aislamiento, se especificarán estas acciones.

NORMAS MÍNIMAS PARA GARANTIZAR UNA RESPUESTA DE CALIDAD

1 NORMA 1: COORDINACIÓN

Acciones de preparación

- Asegurarse de que los agentes de protección de la niñez y adolescencia se involucren en los esfuerzos de preparación que están dirigiendo los agentes de salud en el país para los brotes potenciales de enfermedades infecciosas. Durante la planificación de la preparación, garantizar que se consideren debidamente los riesgos de protección de la niñez y adolescencia que puedan surgir directamente de la enfermedad y a raíz de las medidas de prevención y control, e identificar medidas paliativas.



Acciones de respuesta

- Reconocer que el enfoque por grupos o el modelo de coordinación de refugiados no es apto en respuestas a brotes de enfermedades infecciosas por lo que se requiere identificar mecanismos de coordinación disponibles que puedan incorporar acciones de respuesta de protección de la niñez y adolescencia. Puede que sea necesario interactuar con múltiples grupos de coordinación.



El Consejo de Seguridad de la ONU determinó en septiembre de 2014 que la epidemia de la EVE en África Occidental era una “amenaza para la paz y la seguridad internacionales” y estableció la primera misión de salud de emergencia de la ONU llamada, la Misión de las Naciones Unidas para la Respuesta de Emergencia al Ébola (UNMEER por sus siglas en inglés). La UNMEER apoyaba un modelo de coordinación basado en los siguientes cuatro pilares —gestión de casos, detección de casos y rastreo de exposición y contacto, entierros seguros y dignos, y movilización social— que se diferenciaba del enfoque por grupos o del modelo de coordinación de refugiados característicos de otras crisis humanitarias.⁵⁶ En vez de establecer un subgrupo de protección específico para niños y niñas los agentes de protección de la niñez y adolescencia coordinaron los esfuerzos de respuesta a través de los cuatro pilares.

⁵⁶ Para más información sobre las enfermedades que requieren cuarentena y aislamiento, consultar la figura 2 y el anexo 3.

- En el caso de que los brotes de enfermedades infecciosas afecte a Estados fallidos o países bajo conflictos armados, es posible que profesionales humanitarios necesiten coordinarse con actores no estatales, conforme a los protocolos acordados y las medidas de precaución.

En Yemen, agentes de protección de la niñez y adolescencia que respondían al brote de cólera en territorio controlado por grupos armados no estatales trabajaban con ministerios de salud y trabajo social que pertenecían al gobierno de las fuerzas opositoras. Aunque no eran parte de un gobierno legítimo, reconocido internacionalmente, estos ministerios formaban parte del Gobierno central, y los actores humanitarios requerían su aceptación y participación para responder al brote de cólera. Al mismo tiempo, los actores humanitarios debían mantener contacto con el gobierno central derrocado, el cual aunque no controlaba algunas áreas afectadas por el cólera, era el Gobierno reconocido internacionalmente.

- Donde exista un mecanismo de coordinación, designar a una persona de enlace de protección de la niñez y adolescencia para que participe en las reuniones de los grupos de trabajo del sector de la salud si es necesario, y de la misma manera, requerir al sector de la salud que designe a una persona de enlace para que participe en las reuniones relevantes de los grupos de trabajo sobre protección.
- Trabajar en equipo junto al sector de la salud para desarrollar y diseminar incluso en los mismos centros de salud, protocolos de actuación (SOPs en inglés) para la identificación de niños y niñas vulnerables y la remisión de sus casos.
- Dentro del sector de protección de la niñez y adolescencia, localizar puntos geográficos o determinar temáticas centrales que representen, por ejemplo, los distritos afectados o las cuestiones de protección clave, y distribuir esta información de contacto con las contrapartes en el sector de la salud.

Además, en el caso de enfermedades infecciosas que requieran cuarentena o aislamiento:

- Promover una coordinación estrecha entre las agencias que gestionan el tratamiento y los centros de observación o cuarentena, teniendo en cuenta es-



pecialmente la estandarización de la documentación de los casos (incluidos los datos desglosados sobre edad, sexo y discapacidad), con el fin de identificar a los individuos con cuestiones de protección.

En Liberia, diferentes agencias gestionaron los centros de observación y tratamiento de la EVE. Los mecanismos de comunicación y coordinación no eran los más adecuados. Como resultado, ni el traslado de pacientes ni sus historales médicos que incluían datos de cuidadores y del resto de familiares de niños y niñas que habían sido admitidos en centros de atención se documentaron correctamente.²⁵

Arriba: Muchas mujeres vienen a este arroyo, a llenar uno o dos cubos de agua y beber lo más que pueden mientras están aquí. Una de ellas explica: "No tenemos surtidores manuales de agua, las únicas dos que funcionaban se secaron durante la temporada sin lluvias. Hay muy poca agua disponible y el arroyo queda muy lejos. Sabemos que no es seguro beber el agua de este arroyo, pero es la única fuente de agua que tenemos por ahora". Imagen cortesía de Plan Internacional.



Cira Santos, madre de seis, aprende cómo evitar la reproducción de los mosquitos — Brasil. Foto cortesía de Plan Internacional/Brasil.

2

NORMA 2: RECURSOS HUMANOS



Acciones de preparación

- A nivel global:

- o Asegurarse de que la protección de la Infancia esté integrada en las herramientas HEPI para todas las enfermedades prioritarias.
- o Establecer y mantener una base de datos inter-institucional de personal de reserva especializado en la protección de la niñez y adolescencia y con experiencia profesional en brotes de enfermedades infecciosas, con el fin de facilitar los procesos de selección de expertos y movilización a zonas afectadas.
- o Ampliar los temas actuales de protección en las capacitaciones del personal de reserva y de los especialistas en protección de la niñez y adolescencia con información sobre las necesidades particulares de protección y las acciones prioritarias a tomar en los brotes de enfermedades infecciosas, con el fin de garantizar así que existan miembros cualificados en la base global e institucional de datos o en el grupo de reserva.



Dotar al personal que responde a situaciones humanitarias frente a los brotes de enfermedades infecciosas puede ser un desafío, ya que se trabaja con frecuencia con sistemas de salud frágil y de insuficientes recursos por lo que se asume que contribuyeron a propagar la epidemia desde un principio.⁵⁷ En el caso de la epidemia de la EVE, los años de guerra civil en Liberia y Sierra Leona habían devastado los sistemas de salud existentes. Bajo estas circunstancias, movilizar personal suficiente era difícil por tres razones principales: la financiación, la identificación de expertos con experiencia y las garantías de seguridad para el personal entrante (es decir, evacuación médica, centros especializados para el tratamiento, etc.). Se hizo uso de los rápidos despliegues para situaciones de emergencia como método de selección y contratación internacional. UNICEF, por ejemplo, desplegó un total de 714 personas ante la emergencia de la EVE. UNICEF en Liberia, Sierra Leona y Guinea solicitaron 67 especialistas en protección de la niñez y adolescencia, de los cuales desplegó 56".⁵³ (p57)

Acciones de respuesta

- Considerar la salud mental y las necesidades de apoyo psicosocial de todo el personal, en especial los trabajadores de primera línea, y cómo puede afectarles específicamente ser parte de la respuesta al brote de enfermedades infecciosas. Asegurarse de que estén disponibles apoyos adecuados in situ y remotamente y ofrecer oportunidades periódicamente para que el personal participe en actividades creativas, obtenga asesoramiento individual en discusiones grupales guiadas.

3

NORMA 3: COMUNICACIÓN, PROMOCIÓN Y MEDIOS

Acciones de preparación

- Identificar actores clave que puedan apoyar la comunicación sobre las cuestiones de protección de la niñez y adolescencia, incluidos los periodistas locales, los trabajadores de la salud de la comunidad, los miembros de la comunidad y los grupos comunitarios, y fortalecer sus capacidades adaptándolos al contexto de brotes de enfermedades infecciosas.
- Asegurarse de que las políticas y los procesos de comunicación sobre todas las cuestiones relativas al brote, incluidas las que involucran a niños, y niñas se estén coordinando entre las agencias y los sectores.
- En colaboración con compañeros, autoridades y otros actores de protección de la niñez y adolescencia, identificar los mensajes claves de protección (incluidos aquellos acerca de los riesgos de protección y las medidas paliativas, es decir información sobre cómo se propaga la enfermedad, cómo reducir el riesgo de infección, saber reconocer los signos y síntomas de la enfermedad, dónde acudir si los niños y niñas presentan síntomas y conocer opciones y alternativas de cuidado en el caso de que el cuidador principal se encuentra enfermo) y desarrollar una estrategia común de divulgación.
- Asegurarse de que los mensajes sean apropiados según la edad y tengan en cuenta las condiciones socio-culturales. Esto implica comprender los determinantes de comportamiento en relación con el conocimiento y percepción de la enfermedad, y las pautas de búsqueda de atención. Basado en esta información, se podrá determinar el método más efectivo para comunicar medidas preventivas y de control.
- Involucrar a artistas locales conocidos, como cantantes, comediantes, estrellas de televisión o cine y personalidades de radio, para que creen mensa-



jes positivos, contextualizados, educativos y concientizadores y aprovechen modos locales de comunicación populares, incluidos la canción y el teatro.

Acciones de respuesta

- Reconocer que mensajes dirigidos a los adultos serán vistos y escuchados también por niños y niñas, y puede que no estén preparados en su desarrollo general y emocional para comprender su contenido. Trabajar con otros sectores para garantizar que los mensajes que puedan salvar vidas –incluso aquellos dirigidos solo a los adultos– se expresen de una manera que evite causar una angustia excesiva en los niños y niñas o sus cuidadores.

Los mensajes que se difundieron durante el brote de la EVE que declaraban “el ébola mata” provocaban pánico tanto en adultos como en niños y niñas. La gente se sentía desesperanzada, asustada e impotente ante la enfermedad. La percepción de que la muerte era inevitable e inminente desalentaba a cumplir con las prácticas seguras e incrementaba el sentimiento de temor en los niños y niñas.⁵³

- Asegurarse de que los mensajes de protección estén diseñados para ambos sexos y adaptados para cada grupo de edad y que sean comunicados de manera amigable para ellos y adaptados a su realidad cultural.

En Sierra Leona, los mensajes sobre los riesgos de transmisión de la EVE y la importancia de evitar el contacto personal eran genéricos. No estaban adaptados a los tipos de actividades habituales en niños, niñas y adolescentes que frecuentaban contacto físico, como el deporte y las relaciones sexuales. Los mensajes sobre sexo seguro relacionados con la EVE no estaban dirigidos a los adolescentes, un grupo destinatario importante durante la epidemia.⁵⁸

- Involucrar a los líderes religiosos y sanadores tradicionales, como por ejemplo, los curanderos y las parteras, en las intervenciones que se llevan a cabo en las comunidades y captar su apoyo en identificar y asegurar o adaptar temporalmente las prácticas locales que puedan constituir riesgos de

infección. Estas prácticas pueden incluir el consumo de ciertos alimentos como la carne de caza, las costumbres asociadas al entierro de los muertos y otros ritos de iniciación, incluidas las ceremonias que marcan importantes periodos transicionales en la vida de los niños y niñas.

4 NORMA 4: GESTIÓN DEL CICLO DEL PROGRAMA

Acciones de respuesta

- Asegurarse de que las evaluaciones de protección de la niñez y adolescencia, junto al monitoreo en curso de la situación, cubran la situación de los niños y niñas en los centros de cuarentena, los centros de tratamiento y las comunidades donde se ejercen restricciones de movimiento.

5 NORMA 5: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Acciones de preparación

- Desarrollar protocolos de intercambio de información y protección de datos con los actores de la salud y otros actores clave como parte de la planificación y preparación en respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas.



Acciones de respuesta

- Desarrollar un consenso entre los actores de protección de la niñez y adolescencia sobre las categorías de niños y niñas afectados por el brote de enfermedades infecciosas que se utilizarán para la recolección de datos, la implementación de programas y los procedimientos de notificación.



Al comienzo de la respuesta al brote de la EVE, los actores de protección de la niñez y adolescencia se reunieron para definir las categorías generales de niños y niñas afectados por la EVE (i.e. sobrevivientes de la EVE, huérfanos de la EVE, etc) y que acordaron usar de manera uniforme entre las agencias. Esta clasificación se hizo de manera práctica lo que permitió contar con denominadores comunes en la recolección de datos y la implementación de programas.

- Desarrollar en colaboración con agentes de salud, vías de remisión y protocolos de intercambio de información para registrar casos de niños y niñas que necesiten remisión inmediata a servicios especializados. Los protocolos de intercambio de información deben adherirse a los principios de ética médica, respetando la confidencialidad del paciente, así como la confidencialidad de los miembros de la familia. La decisión de compartir información, qué tipo y con quién, debe depender estrictamente de la necesidad de intercambiar dicha información y del bienestar del niño o niña.
- Asegurarse de que se mantenga la confidencialidad de la infección y el estado de la enfermedad de los niños y niñas, y sus familiares y que solo se comparta cuando sea estrictamente necesario.
- Asegurarse de que las personas encargadas de recopilar, analizar y categorizar datos que incluyen referencias a la infección y el estado de salud de niños y niñas individuales y sus familiares sean de confianza, hayan recibido capacitación sobre confidencialidad de los datos y comprendan la naturaleza potencialmente delicada de la información que manejan.

6 NORMA 6: MONITOREO DE LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Acciones de respuesta

- Para supervisar cada problema, desglosar la cantidad de niños/niñas afectados por el brote de enfermedad infecciosa. Si es posible, incluir indicadores separados para cada factor causal; Ej.: separación familiar por medidas de cuarentena; por abandono; por el ingreso del niño/cuidador en un centro de atención; etc.
- Establecer sistemas para supervisar la situación de los niños y niñas que puedan tener mayor riesgo de violencia, abuso y negligencia, como puedan ser niños, niñas con discapacidades, enfermedades crónicas o albinismo; niños y niñas víctimas y sobrevivientes de la enfermedad; y niños y niñas con familiares o miembros del hogar que hayan contraído la enfermedad.

Todas las estrategias de respuesta que se desarrollen deben basarse en el contexto local y en las lecciones aprendidas de experiencias previas sobre estas cuestiones.

En Sierra Leona, se establecieron Centros de Respuesta de Emergencia del Distrito (DERC, siglas en inglés) en los distintos distritos y se vincularon al Centro Nacional de Respuesta de Emergencia (NERC, siglas en inglés). El DERC lideró la respuesta al brote de la EVE dentro de los distritos, que consistía en varios tipos de apoyo. Los diferentes tipos de apoyo provenían del Centro de Mando. Se establecieron mesas de protección dentro de los DERC con el objetivo de remitir diferentes casos de protección a los proveedores de servicios apropiados y garantizar que recibieran una respuesta oportuna y apropiada. Colocar las mesas de protección dentro del DERC aseguró una respuesta rápida y mejorada a los niños y niñas y a familias vulnerables.

NORMAS MÍNIMAS PARA ATENDER A LAS NECESIDADES DE PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

8 NORMA 8: VIOLENCIA FÍSICA

Durante los brotes de enfermedades infecciosas, la imposición de medidas de cuarentena y la resultante suspensión en la generación regular de ingresos y de actividades educativas y sociales pueden aumentar las tensiones en el hogar. Es posible que los niños y niñas que no pueden ir a la escuela o jugar con sus amigos se sientan molestos y frustrados con sus cuidadores, quienes ellos mismos sufren de estrés extremo. Durante la epidemia de la EVE en Sierra Leona, según informes, los niños y niñas recibían más golpes por desobedecer a sus padres y por llorar de hambre⁵⁹

9

NORMA 9: VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

Aunque escasea evidencia concreta sobre la prevalencia de violencia sexual en contextos de brotes, los trabajadores de primera línea describen en sus relatos los riesgos específicos relacionados con la violencia sexual que han presentado las situaciones de brotes. En Sierra Leona, un número de niñas fueron abusadas sexualmente durante la epidemia de la EVE por miembros de la comunidad encargados de establecer la cuarentena dentro del perímetro de la comunidad y por taxistas que transportaban bienes y personas entre las comunidades afectadas.⁵¹ Los factores que facilitaron esto incluían la interrupción de las estructuras familiares de protección, de las redes sociales y las rutinas a causa de los reglamentos aprobados por las autoridades, además de una supervisión reducida por parte de la comunidad. Se describía que los cuidadores estaban principalmente preocupados por cuidar a los familiares enfermos y atender a necesidades básicas, como por ejemplo, conseguir comida. El cierre de las escuelas y los toques de queda que prohibían reunirse en grupos en zonas públicas también implicaban que los niños y niñas no participaban en actividades productivas, de aprendizaje o juegos supervisados.

Acciones de respuesta

- Promover en colaboración con los agentes de salud (a) el mantenimiento de salas separadas para los niños, niñas y adolescentes en centros de atención, cuando sea posible; (b) la consideración de la edad y el género al designar el personal de estas salas; y (c) la garantía de que todas las personas con acceso a las salas de los niños y niñas hayan pasado una verificación de antecedentes en la protección de la niñez y adolescencia, hayan sido capacitados para tratar e interactuar con niños y niñas y hayan firmado una política sobre protección de la niñez y adolescencia. Promover junto con los agentes de salud reglas y procedimientos adecuados para visitas.
- Establecer modalidades seguras de cuidados alternativos para los niños y niñas que acompañan a sus cuidadores a los centros de tratamiento, incluidos los centros de observación en caso de que sea necesaria la cuarentena, y asegurar el cuidado familiar para aquellos niños y niñas que pueden regresar al entorno familiar.
- Trabajar con la comunidad para generar más conciencia sobre los riesgos y las consecuencias singulares de la violencia sexual en el contexto de los brotes de enfermedades infecciosas, que incluyen el contagio potencial de la enfermedad.



- Desalentar cualquier comportamiento potencialmente abusivo fortaleciendo el entorno de protección de la niñez y adolescencia en las comunidades en cuarentena, en especial aquellas cuyos cuidadores se encuentran infectados y no pueden proporcionar su atención diaria.
- Capacitar a las instituciones responsables de protección del gobierno y a la comunidad sobre sus obligaciones de protección de la niñez y adolescencia, exigirles que firmen y adhieran a las políticas de protección, y procesar a los perpetradores de violencia sexual contra niños y niñas, imponiendo mayores penas criminales y administrativas contra aquellos que ocupan posiciones de autoridad.
- Difundir mensajes que destaquen la importancia de buscar asistencia médica para los niños y niñas sobrevivientes con el fin de tratar las heridas sufridas durante el abuso o administrar la profilaxis posexposición dentro del período de las 72 horas, y a la misma vez, realizar un diagnóstico de síntomas de la enfermedad y empezar tratamiento inmediato si es necesario.
- Brindar asistencia material y económica a las familias cuyas posibilidades de generar ingresos se encuentran limitadas por la enfermedad.

Además, en el caso de enfermedades infecciosas que requieran cuarentena o aislamiento:

- Establecer mecanismos para garantizar que las comunidades bajo restricciones de movimiento tengan acceso continuo a una atención integral y amigable para los niños y niñas sobrevivientes de violencia y sus familias.
- Coordinar con los actores legales, de salud y de servicios sociales para garantizar que todos los niños y niñas sobrevivientes, independientemente de su estado de infección y enfermedad, reciban atención y asistencia oportunas y apropiadas.
- Proporcionar asistencia financiera y material a las familias cuyas oportunidades de generación de ingresos se ven reducidas por la cuarentena o la enfermedad.

Acciones de respuesta Para enfermedades infecciosas que requieren cuarentena o aislamiento:

- Coordinar con cuidadores, maestros, trabajadores sociales, operadores de salud, oficiales de la ley y grupos comunitarios relevantes para sensibilizar sobre los riesgos para la salud de algunas prácticas tradicionales dañinas que involucran contacto corporal; entre ellas, la escarificación, el marcado/ infligir marcas tribales, la perforación, la circuncisión y otras alteraciones físicas en el cuerpo; las pruebas



de virginidad; y el matrimonio infantil⁶⁰. Junto con las estrategias existentes encaminadas a poner fin a prácticas nocivas, interactuar con los líderes tradicionales y religiosos para discutir la posibilidad de aplazar o adaptar dichas prácticas durante los brotes de enfermedades infecciosas con el fin de limitar el contagio. Las estrategias que se desarrollen deben basarse en el contexto local y en las lecciones aprendidas de experiencias previas sobre estas cuestiones.

10 NORMA 10: EL ESTRÉS PSICOSOCIAL Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Durante los brotes de enfermedades infecciosas, los niños y niñas pueden sentir angustia por una variedad de razones. Cuando los cuidadores, familiares o amigos se enferman, es posible que los niños y niñas no puedan

visitarlos en los centros de tratamiento y no reciban actualizaciones periódicas sobre su condición. Pueden perder sus redes de apoyo regulares si han sido puestos bajo cuidado alternativo o si han sido rechazados por parte de vecinos, otros familiares y miembros de la comunidad. La ansiedad y el dolor colectivos por los que pasa una comunidad pueden tener un gran impacto en los niños y niñas. El conocimiento limitado de la enfermedad por parte del público puede desencadenar información errónea, rumores y pánico.⁶¹ Los niños y niñas pueden sufrir de hipervigilancia, volverse, temerosos de que sus cuidadores u otros familiares se enfermen y mueran. También pueden sufrir la pérdida de cuidadores y familiares, de quienes dependen para su cuidado y supervivencia.²⁵ Las campañas mediáticas también pueden aumentar los niveles de angustia en la población. Durante el brote de zika en El Salvador,

Durante el brote de la EVE, los agentes de protección de la niñez y adolescencia identificaron posibles intervenciones de apoyo psicosocial según las diferentes categorías de niños y niñas afectados por la enfermedad. Estas medidas aparecen a continuación en la tabla 2.

Tabla 2: Actividades alternativas para el apoyo psicosocial

Personas que han sido expuestas a la enfermedad y están en cuarentena en el hogar.	Personas que han sido expuestas a la enfermedad y están en cuarentena en centros.	Personas diagnosticadas con una enfermedad infecciosa y que están en unidades de tratamiento.
Distribución de equipos de supervivencia	Difusión de mensajes y programas a través de la televisión o la radio	
Crear medidas a nivel comunitad, como dar seguimiento y brindar apoyo a las familias	Enlistar consejeros que puedan hacer visitas a los pacientes donde sea necesario	
	Distribución de equipos de ocio, recreación y educación	
Producir actividades de sensibilización según el género y la edad, en la radio y la televisión		
Brindar apoyo al personal de bienestar social para la participación en visitas en el ámbito de la comunidad	Instauración de la presencia de asistentes sociales ligada al sistema de protección de la niñez y adolescencia, que incluya registro rápido para la localización y reunificación de las familias	
Capacitación para el personal de respuesta, los trabajadores de salud y los trabajadores comunitarios en materia de primeros auxilios psicosociales y remisión de casos que requieren servicios especializados de salud mental y apoyo psicosocial (MHPSS siglas en inglés).		
Capacitación respecto al uso de los sistemas de localización y reunificación de familias (IDFTR siglas en inglés) y respecto a la determinación para el cuidado alternativo de niños y niñas huérfanos y vulnerables		
Coordinación en la remisión a servicios apropiados de casos de niños, niñas y sus familias.		

por ejemplo, la situación recibió una gran cantidad de atención mediática el cual se dice que causó un aumento en los niveles de ansiedad entre las mujeres embarazadas.⁶²

Acciones de preparación

- Asegurarse de que los actores involucrados en la planificación y preparación para los brotes de enfermedades infecciosas estén familiarizados con las Directrices del IASC MHPSS (siglas en inglés).



Acciones de respuesta

- Adaptar las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial a las características del brote de la enfermedad infecciosa, al impacto que tendría en los niños, niñas y en sus familias, y teniendo en cuenta si existen restricciones para reunirse y encontrarse de manera segura.
- Considerar una gama de opciones para la prestación de servicios psicosociales, incluidas la atención en el ámbito de la comunidad, en el hogar, apoyo entre pares y atención personalizada.
- Alentar a las comunidades a adoptar mecanismos seguros y positivos para lidiar con su miedo y dolor, y a continuar celebrando las ocasiones especiales, adaptándolas si es necesario, con modificaciones para evitar el contagio.
- Establecer vías de remisión y ofrecer apoyo psicosocial a los niños y niñas cuyos cuidadores o familiares hayan ingresado en centros de tratamiento.



En Yemen, los trabajadores de primera línea reportaron un alto grado de trauma entre los niños y niñas que acompañaban a sus cuidadores a los centros de tratamiento del cólera, especialmente cuando sus cuidadores morían posteriormente. Algunos establecimientos de salud disponían de personal de atención de apoyo psicosocial o personal de salud que había recibido capacitación básica de apoyo psicosocial, y quienes estaban disponibles para brindar apoyo a los niños y niñas cuyos cuidadores ingresaban allí. Dependiendo de la edad del niño /niña, el personal de apoyo psicosocial invitaba a los niños y niñas a ser partícipes de la discusión sobre su tratamiento, se les enseñaban los riesgos de contagio del cólera y cómo podrían protegerse ellos mismos y a los demás. Esto les permitió a los niños y niñas entender lo que les estaba ocurriendo y sentir cierto grado de empoderamiento.⁴⁰

- Asegurarse de que se ofrezca, apoyo especializado disponible para los niños, niñas, cuidadores y otros miembros de la familia cuyos seres queridos hayan muerto o que la enfermedad les haya causado daños irreparables.

En Brasil, durante el brote de zika, se dió a conocer que las mujeres que dieron a luz a bebés con microcefalia corrían el riesgo de tener niveles altos de ansiedad y una calidad de vida baja durante los primeros doce meses de vida de sus recién nacidos. Esto afectó sus habilidades para cuidar a sus otros hijos y a relacionarse con ellos. Un estudio realizado en 2016 encontró que la mayoría de las madres de bebés con microcefalia asociada al zika no recibieron apoyo psicosocial ni asesoramiento especializado.⁶³

Además, en el caso de enfermedades infecciosas que requieren cuarentena o aislamiento se recomienda:

- Capacitar a los cuidadores, maestros y moderadores de la comunidad sobre formas alternativas de consolar a los niños, y niñas, saber relacionarse e interactuar con ellos y ellas.

En Liberia, durante la epidemia de la EVE, los miembros de la comunidad administraban apoyo psicosocial y actividades socio-recreativas de casa en casa, o en un lugar público y comunal que fuese accesible a los hogares en cuarentena de los alrededores. En otros casos, los equipos de apoyo psicosocial de las ONG facilitaron servicios detrás de la barrera que delimitaba el área de cuarentena. En estas circunstancias, la manera de reconfortar a los niños y niñas consistía más en cantar, hablar y bailar, ya que el contacto físico presentaba riesgos de contagio.²⁵

En Sierra Leona, durante la epidemia de la EVE, los jóvenes que habían sobrevivido a EVE trabajaban como voluntarios capacitados en centros de atención provisional para proporcionar apoyo psicosocial a los niños y niñas. Además de las actividades que ofrecían, los jóvenes pudieron compartir un mensaje de esperanza de que es posible sobrevivir a la enfermedad.⁵⁸

- Trabajar con líderes tradicionales y religiosos, y otros miembros de la comunidad, para adaptar las ceremonias tradicionales de entierro y luto.



Arriba: Foto cortesía de Terre des hommes/Olivier Girard/
Burkina Faso, 2016.

En Sierra Leona, funerarias y profesionales de entierros recibieron capacitación no solo para llevar a cabo entierros seguros y dignos, sino también respecto al luto en saber cómo comunicarse con familiares que están pasando por el proceso de duelo, y brindar protección básica a los niños, y niñas a fin de identificar a los niños o niñas que necesitan atención y apoyo especializados. Al principio, se enterraban a las víctimas de la EVE en fosas comunes sin funerales, lo que resultaba profundamente angustiante para los familiares sobrevivientes. Las tradiciones de entierro se adaptaron posteriormente para permitir la preparación de los cuerpos de mujeres fallecidas por mujeres profesionales; para que los difuntos fuesen enterrados en tumbas individuales con sus respectivos nombres (lo que facilitó la ceremonia en honor a los difuntos en el aniversario anual); y para que asistentes al funeral pudieran visitarlos desde una distancia alejada de la tumba, al margen de la zona de contagio. Estas modificaciones permitieron a los niños y niñas velar a sus cuidadores y familiares difuntos y honrar a sus seres queridos con el respeto merecido en su lecho de muerte.⁶⁴

- En coordinación con profesionales de la salud y trabajadores sociales relevantes:
 - o Adaptar las medidas de apoyo psicosocial teniendo en cuenta las características de la enfermedad, en particular a sus modos de transmisión.

Durante el brote de cólera en Yemen, los niños y niñas infectados solían estar separados de los adultos infectados. Desde una perspectiva psicosocial, sin embargo, los niños y niñas se sentían más seguros con sus madres. Por lo tanto, se re-evaluó cada caso, especialmente niños y niñas de más corta edad, para que las madres que también estaban recibiendo tratamiento permanecieran con sus hijos e hijas.⁴⁰ Por el contrario, durante el brote de la EVE de África occidental, cuando niños y niñas

llegaban a los centros de tratamiento con sus cuidadores enfermos, se les separaba de sus cuidadores debido al riesgo de infección. Esta medida de precaución se sostenía incluso si el niño o niña también estaba bajo tratamiento, puesto que la exposición a otras personas infectadas tenía un efecto perjudicial sobre los resultados del paciente.

- o Crear oportunidades seguras (mediante la adopción de medidas profilácticas, opciones de telecomunicación tales como Skype, WhatsApp, Messenger o teléfono, el intercambio de cartas, fotos, videos y dibujos, u otro mecanismo apropiado) para que los niños y niñas mantengan contacto regular con sus cuidadores y familiares, en caso de que una o ambas partes hayan ingresado en un centro de atención.

Durante la respuesta ante la EVE, el modo de transmisión significaba que a los niños y niñas no podían ser consolados a través del tacto. En Liberia, a los niños y niñas separados de sus familias debido a la cuarentena o porque estaban en centros de tratamiento se les mantenía en contacto con sus cuidadores mediante videollamadas e intercambio de videos pregrabados. En Sierra Leona, las llamadas telefónicas entre los niños/niñas y sus cuidadores se programaban en el mismo horario cada semana, lo que ayudaba a establecer una sensación de rutina en los niños y niñas. Estas medidas de telecomunicación eran un servicio crítico para tranquilizar a los niños y niñas ya que a menudo no sabían adónde se les evacuaría, por cuánto tiempo estarían separados y cuándo o si efectivamente podrían reencontrarse.²⁶

- o Entrenar a los maestros y personal educativo para que apoyen la reintegración escolar de los estudiantes una vez que vuelvan a abrirse las escuelas. Además de capacitarlos para que sepan cómo lidiar con los estudiantes a que expresen su dolor ante las dificultades por las que pasaron incluyendo la pérdida de familiares y amigos por la enfermedad.

12

NORMA 12: TRABAJO INFANTIL

En una evaluación realizada en el año 2015 en Sierra Leona, los niños y niñas describían la necesidad de asumir nuevos roles y responsabilidades para complementar el ingreso familiar e indicaban una correlación directa entre el cierre de la escuela y el aumento del trabajo y explotación infantil.³¹ Los trabajadores de primera línea en Liberia durante la epidemia de la EVE también identificaban niños y niñas que realizaban trabajos peligrosos con el fin de complementar el ingreso familiar que se perdía como resultado de las restricciones y las medidas de cuarentena.²⁵ Los mismos niños y niñas también informaban que había mayor presión, en los niños y las niñas por igual, para complementar el ingreso familiar, tanto si habían perdido o no a los cuidadores a causa de la enfermedad.³¹ En Sierra Leona, las transacciones de explotación sexual en particular se identificaron como un fenómeno emergente durante el brote, como una de las maneras que las adolescentes encontraron para satisfacer las necesidades básicas de sus familias. Se sugirió que los factores detrás de este aumento incluían la profundización de la pobreza y la incapacidad de los cuidadores para proporcionar alimentos y bienes materiales a sus hijos.⁵¹ Los relatos de los equipos de respuesta en Liberia indican patrones similares de riesgo.²⁵

Acciones de respuesta

Para enfermedades infecciosas que requieren cuarentena o aislamiento:

- Incitar que las medidas de cuarentena se acompañen de apoyo financiero o material a las familias o comunidades afectadas, de acuerdo con las mejores prácticas que existen respecto a la distribución de efectivo o artículos no alimentarios (NFI, por sus siglas en inglés).



Arriba: Foto cortesía de Terre des hommes/Olivier Girard/Burkina Faso, 2016.

13

NORMA 13: NIÑOS Y NIÑAS NO ACOMPAÑADOS Y SEPARADOS

Los niños y niñas pueden separarse de sus cuidadores o quedarse solos durante los brotes de enfermedades infecciosas debido a la muerte de un cuidador, por acciones deliberadas de los cuidadores, como enviar al niño o niña a permanecer con otros, o como resultado de medidas de salud pública para controlar la propagación de la enfermedad. Los niños y niñas de corta edad tienen un riesgo particular de separación familiar si ingresan solos en centros de observación o tratamiento, o si fallecen los cuidadores a los que acompañaron a ingresar, ya que a menudo no saben comunicar datos personales como su pueblo de origen ni los nombres y datos de contacto de otros miembros de familia.

A. Acciones clave: identificación, documentación, rastreo y reunificación (IDTR por sus siglas en inglés)**Acciones de preparación**

- Identificar y asesorar a los agentes locales de salud y a los funcionarios que serán responsables de prestar servicios respecto a estos niños y niñas quienes están o acaban separados o sin cuidado de sus padres o familiar adulto. Se les capacitará sobre las respuestas adecuadas para prevenir la separación familiar, la identificación y la remisión de niños y niñas no acompañados y separados, sobre los métodos apropiados para entrevistarlos según su edad, sobre las técnicas de entrevistas adaptadas a niños y niñas, en centros de observación y tratamiento, y los procedimientos a seguir para completar y administrar los formularios que se utilizarán localmente.



Durante la respuesta ante la EVE en Liberia, todos los niños y niñas ingresados en centros de observación o tratamiento, recibieron una ficha para gestionar su caso, utilizando formularios armonizados para la gestión de casos que se adaptaron para integrar los detalles de la salud del niño y niña. Los formularios registraban el nombre del niño /niña, su fecha de nacimiento y lugar de origen; detalles de los cuidadores y los parientes del niño/niña; así como fecha cuando ingresó el niño/niña y la persona quien lo ingresó. El formulario se actualizaba progresivamente según los protocolos establecidos, y cada vez que el niño/niña recibía una visita o tenía un control médico.

- Evitar difundir información que pueda alentar involuntariamente a las familias a abandonar a sus hijos o hijas, como información errónea sobre los modos de transmisión, o los rumores de que niños y niñas en los centros de observación recibirán asistencia especial o prioritaria.

Acciones de respuesta



- Asegurarse de que los niños y niñas o cuidadores que muestren síntomas de enfermedad ingresen en el centro de tratamiento más cercano, para facilitar el contacto familiar continuo. Si se trasladan a los niños y niñas para que reciban tratamiento, que no sea lejos de su familia en la medida de lo posible, y asegurarse de que las familias siempre sepan dónde están los niños y niñas. De la misma manera, los niños y niñas cuyos cuidadores estén bajo tratamiento deben saber dónde se encuentran sus cuidadores y, si es apropiado, también, su estado de salud.
- Coordinar con los actores de salud, trabajadores sociales y otros actores para establecer o fortalecer los mecanismos disponibles para la remisión de casos de niños y niñas.
 - o Si se retira a niños y niñas de su familia y se les traslada a centros de atención médica, se deberán guardar en ficha los datos del niño, niña y de su familia al inicio, en el hogar cuando se les separa de la familia y no cuando llegan al centro de atención. Un niño/niña enfermo nunca debe ser retirado de su familia sin asegurarse de que se tiene toda la información de sus parientes más cercanos y se deberá mantener con el niño /niña. La familia del niño/niña deberá saber siempre dónde lo trasladan para el tratamiento además de recibir actualizaciones periódicas sobre la condición y la ubicación del niño/niña.
 - o Desde el momento en que un niño o niña no acompañado o separado entre en contacto con los servicios de salud, deberá iniciarse un rastreo activo de la familia del niño o niña para facilitar la reunificación familiar o, si es necesario, para determinar una opción apropiada de cuidado alternativo. Esto deberá suceder al ser dado de alta y no esperar a que un niño o niña sea trasladado a un centro de más largo plazo.

Además, en el caso de enfermedades infecciosas que requieren cuarentena o aislamiento:

- Coordinar con los agentes de salud para garantizar la inscripción de los niños y niñas que ingresen a los centros de observación o tratamiento, incluyendo detalles del nombre del niño/niña, fecha de naci-

miento y lugar de origen; los nombres de los cuidadores del niño /niña; y los nombres y datos de contacto de otros miembros de la familia que podrían proporcionar cuidados alternativos si fuera necesario.

Durante la respuesta inicial al brote de la EVE en Liberia, los trabajadores de primera línea señalaron que los niños y niñas ingresaban a menudo en centros de tratamiento y observación que eran sitios desconocidos para sus familias y viceversa.²⁵ A veces se les trasladaba a centros de atención secundaria, sin ningún registro de quién ni a dónde fue trasladado y tampoco se les comunicaba ninguna información a los miembros de la familia. En muchos casos, no se tomaron datos familiares, lo que dificultó aún más los esfuerzos de reunificación familiar. Esto era una preocupación particular para los niños y niñas más pequeños (menores de cinco años), quienes no podían comunicar los nombres y datos de contacto de sus cuidadores y miembros de la familia, o sus comunidades de origen. Esta situación mejoró con el tiempo, ya que se usaba un formulario común en todos los centros de observación y tratamiento para registrar la información de la identidad del niño, niña así como de los cuidadores y miembros de familia, junto con los movimientos registrados del paciente.

El riesgo de separación familiar permanente se intensificó durante la respuesta a la EVE en Sierra Leona ya que en algunos casos los cuidadores estaban en centros de tratamiento en un distrito a causa de la poca comunicación entre cuidadores y niños y niñas separados, a menudo desconocían el paradero y el estado de vida entre ellos.

- Asegurarse de que se implementen medidas para apoyar el contacto virtual o a distancia de manera continua entre los niños, niñas y los cuidadores que están físicamente separados debido a la cuarentena, el aislamiento o el tratamiento.

Durante la respuesta a la EVE en Sierra Leona, se tomaron esfuerzos deliberados para mantener unidos a los hermanos si ingresaban en centros de tratamiento u observación, o quedaban

bajo cuidado familiar. Los niños y niñas en centros de cuarentena cuyos cuidadores se encontraban en una ubicación conocida podían mantenerse en contacto a través de llamadas telefónicas semanales preplanificadas. Se alentó a las personas que atendían a bebés y a niños y niñas de corta edad mientras sus cuidadores se encontraban en cuarentena o en centros de tratamiento a comunicarse con los cuidadores para mantenerles informados sobre sus hijos e hijas y asegurarles que estaban bien.

- Coordinar con los actores de salud, trabajadores sociales y otros actores para establecer o fortalecer los mecanismos disponibles de remisión de casos de niños y niñas.

Durante la epidemia de la EVE, la colaboración entre trabajadores sociales, trabajadores de la salud y la comunidad era ejemplar en el sentido de que se establecieron vías de remisión de casos entre los diferentes tipos de centros de atención (centros de observación y tratamiento). Se capacitó a los trabajadores sociales y comunitarios con medidas específicas de salud tales como la prevención y el control de la infección, lo que tuvo un efecto positivo en el cuidado que recibían los niños y niñas. Las familias de acogida formaban parte de las vías de remisión que se establecieron por primera vez en un sistema extendido de protección con el de la salud. Equipos multidisciplinarios participaban en la coordinación del seguimiento, la atención y el apoyo, lo que tuvo efectos más positivos en los niños y niñas.⁵³

- o En situaciones donde los centros médicos están muy lejos de los lugares de origen de las familias, asegurarse de que haya disponible alojamiento temporal adecuado para los cuidadores cuyos hijos e hijas hayan ingresado en centros de observación o tratamiento. Esto reducirá el riesgo de separación familiar y facilitará el apoyo psicosocial para el niño y niña.
- o Si un adulto ingresa para ser tratado o estar bajo observación, determinar si ha abandonado a hijos o hijas, averiguar dónde se encuentran y entender qué medidas de cuidado tienen en

curso, es decir, si están siendo atendidos y por quién.

- o Cuando un niño/niña o sus cuidadores hayan ingresado en un centro médico, asegurarse de que los mecanismos estén provistos para la comunicación entre los niños/niñas y sus familias. Esto puede incluir opciones de visita seguras (si se toman las precauciones apropiadas); medios electrónicos tales como Skype, teléfono o WhatsApp; o el intercambio de cartas, fotos o videos.
- o Reducir el riesgo de estigma o rechazo de manera que, cuando un niño/niña sobreviviente sea dado de alta de un centro de atención médica o se reúna con su familia después de un período de separación, o cuando se coloque a un niño o niña sano en cuidado alternativo debido a enfermedad o fallecimiento de un cuidador, el adulto responsable reciba información en un formato que él/ella pueda entender (por ejemplo, de forma oral, en materiales impresos simples o en materiales gráficos) y que contenga el estado de salud del niño/niña.

B. Acciones clave: Cuidados alternativos

Acciones de preparación



- Llevar a cabo campañas de concientización, complementadas con información, materiales educativos y de comunicación, para garantizar que los sistemas de cuidado familiar y comunitario no sean disuadidos de cuidar a niños o niñas no acompañados y separados por temores infundados acerca de la naturaleza de la enfermedad y los modos de transmisión.
- Identificar a las personas en las comunidades afectadas que estén en mejor posición para cuidar a los niños/niñas no acompañados y separados en caso de un brote de enfermedad infecciosa. Esto puede incluir a los sobrevivientes que han desarrollado inmunidad a la enfermedad. Aquellas personas con potencial de ser cuidadores deben someterse a un proceso de evaluación previa, además de recibir capacitación en protección de la niñez y adolescencia y aceptar adherirse a una política de protección de la niñez y adolescencia y a visitas de control.

Acciones de respuesta



- A menos que la enfermedad sea directamente transmisible, no separar a los niños/niñas de un cuidador enfermo y en el caso de que se separen, asegurarse de que los niños/niñas queden bajo el cuidado de un adulto responsable. Si no existen las medidas de asistencia

familiar o en el ámbito de la comunidad, considerar si pueden instalarse guarderías seguras y temporales junto al centro de observación o tratamiento en el que ha ingresado el cuidador.

- Si un cuidador enfermo ingresa en un centro de salud acompañado por un niño/niña, asegurarse de que se reúna la información sobre el niño/niña y su familia al momento del ingreso. Esta información se debe usar para identificar las medidas de cuidado adecuadas para el niño/niña mientras el cuidador se encuentra bajo observación o tratamiento, y para identificar a otros miembros de familia que puedan brindar asistencia permanente en caso de que el cuidador fallezca.
- Las familias de acogida deben estar lo más cerca posible del lugar de origen del niño o niña, o del lugar donde sus cuidadores reciben tratamiento (si están vivos y conocen su paradero).

Los actores de protección de la niñez y adolescencia que respondieron al brote de la EVE en Sierra Leona tuvieron dificultades para colocar a los niños y niñas no acompañados y separados bajo cuidado familiar o comunitario. La barrera para muchas familias no era el miedo a la infección o la discriminación, sino la carga económica que conlleva cuidar a otro niño/niña. No obstante, la gran mayoría de los niños/niñas fueron finalmente recibidos por sus parientes.²⁶

- Tomar medidas para preservar la unidad familiar. En los casos en que la enfermedad deja a niños y niñas o cuidadores sobrevivientes con problemas de salud crónicos o necesidades a largo plazo, reducir el riesgo de separación familiar proporcionando asistencia financiera o material adicional para permitir a los cuidadores continuar cuidando de sus niños/niñas.

En Sierra Leona, durante la respuesta a la EVE, el personal de protección de la niñez y adolescencia acompañó a los niños/niñas que regresaban a su comunidad desde los centros de tratamiento u observación. Organizaron el transporte y les dieron a los niños y niñas kits de integración que contenían, entre otras cosas, un colchón, almohadas, ropa, alimentos y artículos de cocina. Los actores de protección de la niñez y adolescencia también pidieron la cooperación de los líderes religiosos que facilitaban ceremonias de sanación de la comunidad para, que mediante

esas ceremonias, los niños y niñas supervivientes de la EVE pudieran ser aceptados y reintegrados completamente en la comunidad.

En Liberia, los niños y niñas que habían sobrevivido al ébola en los centros de tratamiento o habían completado el período de observación obligatorio en los centros de aislamiento recibían un paquete para facilitar su reincorporación a la familia y a la comunidad. Agentes de protección de la niñez y adolescencia y trabajadores sociales también trabajaban en la comunidad para prepararla para el regreso del niño/niña.

Norma: negligencia

Los brotes de enfermedades infecciosas pueden aumentar el riesgo de que los niños y niñas reciban una estimulación cognitiva y social insuficiente. Además de la separación familiar a causa de la enfermedad o la muerte de un padre, la capacidad de los cuidadores para brindar atención puede verse afectada por las medidas de control como la cuarentena o el aislamiento. En Sierra Leona durante la epidemia de la EVE, por ejemplo, las ordenanzas restringían los movimientos así como el contacto físico entre las personas. Teniendo en cuenta la necesidad de cuidado al niño/niña y la reacción de estrés que tienen cuando no existe, estas restricciones sin duda tuvieron consecuencias negativas en los niños y niñas de más corta edad.

Acciones de respuesta

- Siempre que sea posible, los agentes de protección de la niñez y adolescencia deben favorecer las relaciones familiares, por ejemplo promoviendo el contacto frecuente entre los niños/niñas en centros de observación o tratamiento con sus cuidadores o familiares o viceversa.
- Identificar formas de educar a los cuidadores sobre la importancia de las relaciones sensibles entre ellos y sus hijos/hijas, especialmente en las situaciones de alto estrés como los brotes de enfermedades infecciosas.
- Abogar por las familias que necesiten acceder a apoyos básicos, tales como alimentos nutritivos, agua, atención médica y servicios de salud mental, como una forma de garantizar que se satisfagan las necesidades básicas de los niños/niñas y se reduzcan las fuentes de estrés.
- Identificar las formas de brindarles a los niños/niñas en tratamiento, aislamiento y cuarentena las oportunidades de estimulación cognitiva, por ejemplo mediante la distribución de material educativo a través de programas de radio.



NORMAS MÍNIMAS PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS ADECUADAS DE PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

15 NORMA 15: GESTIÓN DE CASOS

Acciones de respuesta

- Asegurarse de que los trabajadores sociales conozcan cómo puede afectar el brote de enfermedad infecciosa en las cuestiones de protección de la niñez y adolescencia, quiénes son los niños/niñas que probablemente sean más vulnerables y por qué, y qué servicios de apoyo hay disponibles.
- Proporcionar a los trabajadores sociales una capacitación intensiva y especializada en la gestión de casos, incorporando una gama de temas sobre protección de la niñez y adolescencia específicos para el brote de enfermedades infecciosas. Esto puede incluir capacitación sobre cómo brindar apoyo constante a las familias adoptivas; especialmente las familias que cuidan de niños y niñas que quedaron huérfanos y que están en luto y apartados de la vida familiar y comunitaria. Complementar el curso con capacitación sobre la necesidad de realizar actualizaciones periódicas, supervisión formal individual o de pares, tener consultas de casos dentro de cada agencia sobre la gestión de casos y ofrecer talleres sobre la gestión de casos.
- Asegurarse de que los trabajadores sociales comprendan los datos básicos sobre la enfermedad infecciosa, incluidos los modos de transmisión y los riesgos de infección, para que puedan combatir eficazmente los mitos que estigmatizan a los niños y niñas sobrevivientes o hijos e hijas de padres de sobrevivientes.
- A partir de los mecanismos existentes, elaborar procedimientos con el sector de la salud, los administradores locales y los líderes de la comunidad empezando con la definición de criterios y continuando con los procesos para el registro, remisión y seguimiento de los niños y niñas con riesgo de violencia, abuso o negligencia como resultado del brote de la enfermedad infecciosa. En la gestión de casos debe darse prioridad a los niños, niñas y adolescentes que están separados de sus cuidadores, incluidos los que están en centros de observación, centros de tratamiento o cuidados alternativos; aquellos en hogares afectados por restricciones de movimiento o que no tienen acceso a los servicios; niños y niñas con discapacidades, enfermedades crónicas o albinismo; los que son víctimas y sobre-



16 NORMA 16: MECANISMOS COMUNITARIOS

Acciones de preparación

- Junto con los grupos de protección de la niñez y adolescencia que existen en la comunidad, identificar qué papel podrían desempeñar estos grupos en el seguimiento de los niños y niñas bajo cuidados alternativos durante un brote de enfermedad infecciosa.



Acciones de respuesta

- Involucrar a los voluntarios de la comunidad, adultos y niños y niñas por igual, en identificar mensajes apropiados en su comunidad y aliarse a ellos para la concientización sobre las fuentes de transmisión y los riesgos de infección. Trabajar con diferentes grupos demográficos para desarrollar mensajes clave y estrategias de difusión eficaces que estén adaptadas para los niños, niñas y adolescentes, y que tengan en cuenta la edad, el género, los niveles de alfabetización y educación, la (dis)capacidad y el nivel socioeconómico.



Tanto en Sierra Leona como en Liberia, el papel de los sobrevivientes de la EVE se volvió cada vez más importante para la respuesta de protección de la niñez y adolescencia, ya que ellos se dedicaban a facilitar actividades psicosociales y sociales y recreativas para niños y niñas, a realizar actividades de sensibilización, a identificar y remitir casos de protección de la niñez y adolescencia, y a proporcionar intervenciones básicas para el bienestar de los niños y niñas infectados o que podrían haber contraído la enfermedad. Los sobrevivientes fueron agentes claves del cambio social; gracias a que habían desarrollado inmunidad contra el ébola (una ventaja que los especialistas en protección de la niñez y adolescencia no tenían) pudieron interactuar con los niños y niñas, entender y mitigar los riesgos a los que se enfrentaban los niños y niñas y contrarrestar el estigma y la discriminación que a menudo sufren los niños y niñas sobrevivientes o aquellos cuyos cuidadores han contraído la enfermedad.

17

NORMA 17: ESPACIOS AMIGABLES PARA LA NIÑEZ

Los espacios amigables para la niñez (EAN) se utilizan a menudo para ofrecer apoyo psicosocial a los niños y niñas durante las crisis humanitarias. Durante los brotes de enfermedades infecciosas, sin embargo, puede ser necesario considerar una gama más amplia de intervenciones, que dependerán de la naturaleza del brote, de su impacto en los niños y niñas y las familias, y de si pueden reunirse y encontrarse sin restricciones. Si se restringen desplazamientos, o se prohíbe el contacto físico entre personas, será necesario reformular las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial para atender a los niños y niñas de manera adecuada.^{53,65} A continuación, se describen alternativas para los EAN.

Acciones de respuesta

- Analizar con los agentes de salud y WASH (siglas en inglés que se refiere a agua, saneamiento e higiene) si es posible instalar un EAN y dónde ubicarlo de manera segura, teniendo en cuenta la naturaleza del brote de la enfermedad infecciosa. En el caso de brotes de enfermedades de transmisión indirecta, elegir ubicaciones alejadas de posibles fuentes de infección y asegurarse de que se instalen infraestructuras de saneamiento, una fuente segura de agua y el control de vectores.
- Donde corresponda, crear EAN en centros de tratamiento y otros lugares donde es posible que haya niños y niñas confinados, así como en lugares accesibles a niños y niñas cuyos cuidadores o miembros de la familia hayan sido admitidos en un centro de atención o hayan fallecido.



En Yemen, algunos centros de tratamiento del cólera habían incorporado EAN adyacentes que estaban atendidos por trabajadores de apoyo psicosocial. Este modelo se consideró una buena práctica, ya que permitió la identificación de los riesgos de protección de los niños y niñas que recibían tratamiento o que estaban acompañando a sus cuidadores. En el caso de los centros de tratamiento del cólera con EAN adyacentes, se alentó a los niños y niñas a participar en actividades sociales y recreativas en los centros comunitarios cercanos, dirigidos por asistentes sociales del gobierno o de trabajadores parasociales comunitarios que habían recibido capacitación sobre los derechos, la protección y el apoyo psicosocial del niño /niña y el adolescente.

- Asegurarse de que el personal y los voluntarios de los EAN tengan conocimientos básicos sobre la enfermedad infecciosa, incluidos los síntomas y las formas de transmisión, para que puedan referir a los niños y niñas para su tratamiento u observación, promover prácticas preventivas contra el contagio en los EAN y combatir los mitos sobre la enfermedad.
- Asegurarse de que todo el personal y los voluntarios de los EAN conozcan los riesgos que produce el brote de una enfermedad infecciosa para los niños, niñas y adolescentes, quiénes son los niños, niñas y adolescentes más vulnerables y por qué lo son y que sepan cómo referirlos a los servicios de apoyo disponibles.

Además, en el caso de enfermedades infecciosas que requieren cuarentena o aislamiento:

- Determinar cómo se pueden adaptar los EAN y los tipos de actividades que se puedan realizar sin riesgos de transmisión entre los niños y niñas o entre los niños/niñas y los facilitadores. Los materiales didácticos deberán poder desinfectarse con facilidad. Se pueden considerar también alternativas como programas de radio.

Durante la respuesta a la EVE en Liberia, los sobrevivientes jóvenes y adultos, que habían desarrollado inmunidad a la enfermedad, facilitaron las actividades de los EAN en los centros de cuarentena y observación. En la medida de lo posible, los niños y niñas fueron ingresados como una unidad familiar (por ejemplo, un grupo de hermanos o primos) para incentivar la sensación de seguridad y bienestar. Los materiales didácticos y los juguetes eran desinfectados todos los días para reducir el riesgo de contagio. En un principio, cuando todavía regía el periodo de cuarentena, se llevaron a cabo actividades de conversación, canto y baile, y juegos individuales. Una vez finalizado el periodo de cuarentena, los niños y niñas pudieron jugar juntos (sin contacto físico) y realizar actividades como jugar al fútbol, saltar a la cuerda y utilizar los columpios.

18 NORMA 18: PROTECCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EXCLUIDOS

Es común que los brotes de enfermedades infecciosas vengán acompañados de un sentimiento público de pánico impulsado por el miedo a la infección y la incertidumbre sobre cómo se transmiten las enfermedades.⁵³ Los niños, niñas y adolescentes que caen enfermos o cuyos cuidadores u otros miembros de la familia han contraído la enfermedad, pueden ser discriminados o aislados por la comunidad y sus pares, incluso después de que la víctima vuelva a estar sano. Las enfermedades infecciosas que más generan la estigmatización son aquellas que se consideran mortales y las que se cree que la persona infectada es la causante de la enfermedad.⁶⁶

Además, en las culturas donde se cree en la brujería, como por ejemplo en la experiencia con la epidemia del VIH/SIDA se llegaron a atribuir los brotes de enfermedades infecciosas a fuerzas sobrenaturales. En algunos contextos, los niños, niñas y adolescentes considerados "indeseables para la sociedad" (como los que presentan discapacidad, enfermedades crónicas o albinismo, o los que son considerados rebeldes, y se cree que tienen un mal comportamiento o son de algún modo "diferentes") han sido acusados de causar el brote de una enfermedad infecciosa.⁶⁷ Los niños, niñas y adolescentes acusados sufren diversos riesgos de protección, entre ellos, la expulsión de sus casas, el abandono, ser sujetos a prácticas rituales de limpieza violentas o abusivas como propinándoles palizas, encadenarlos o atarlos, privarles de comida y agua o matarlos.⁶⁷⁻⁷⁰

Acciones de preparación

- Trabajar con los principales agentes de salud en el debido contexto y desarrollar estrategias para incluir en campañas de vacunación a los niños, niñas y adolescentes marginados o a los cuales es difícil llegar, como son los niños, niñas y adolescentes que viven en las calles.



Acciones de respuesta

- Identificar a los niños, niñas y adolescentes que, por su estado de exclusión, son más vulnerables durante el brote de una enfermedad infecciosa. Es decir, a los niños, niñas y adolescentes sin cuidado familiar, los que viven o trabajan en las calles o muy cerca de las fuentes de transmisión y los que presentan discapacidad, aquellos cuyas rutinas de cuidados puedan verse afectadas por medidas como la cuarentena o el acceso reducido a servicios básicos.

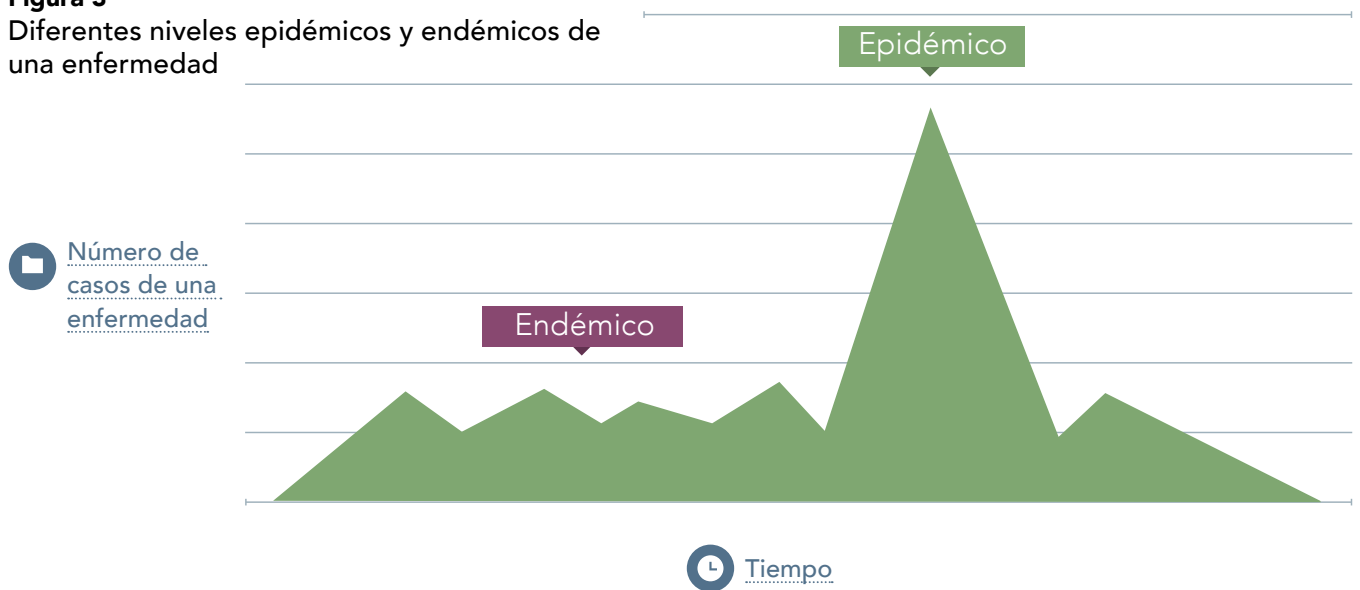


Anexo 1: Información sobre brotes de enfermedades infecciosas

BROTOS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Los brotes de enfermedades infecciosas suceden cuando se dan más casos de una determinada enfermedad infecciosa de lo esperado en una cierta comunidad, área geográfica o estación del año. Los brotes pueden suceder en un área geográfica restringida o se pueden extender a varios países y continentes, y convertirse, de este modo, en una pandemia.⁷¹

Figura 3
Diferentes niveles epidémicos y endémicos de una enfermedad



1. Epidemia

Las epidemias pueden ser causadas por enfermedades endémicas o que tienen una presencia constante dentro de una población o área determinada, como el dengue y la malaria, o por enfermedades nuevas, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la gripe H1N1 de 2009. Las epidemias constituyen una amenaza para el bienestar de comunidades enteras.

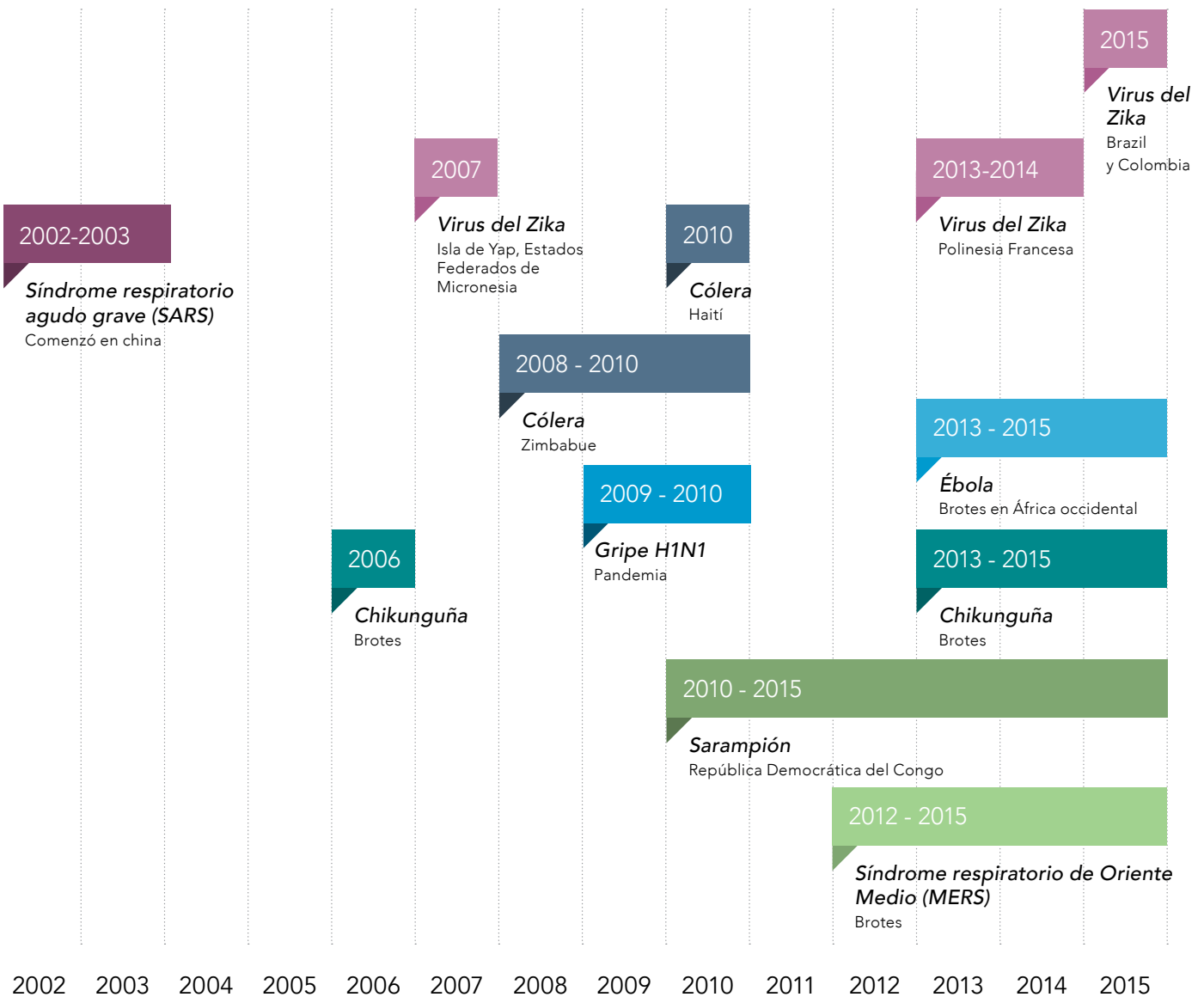
2. Pandemia

Se habla de una pandemia, o epidemia a escala mundial, cuando una epidemia se propaga por varios países o continentes y afecta a un gran número de personas. La propagación mundial del virus de la gripe H1N1 en el 2009 es un ejemplo de una pandemia.

Las principales epidemias y pandemias de enfermedades infecciosas ocurridas a nivel mundial entre 2002 y 2015 aparecen ilustradas en la Figura 4 en la página siguiente.^{72 (p1281)}

Figura 4.

Principales brotes de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes desde 2002 a 2015



Algunas enfermedades infecciosas tienen el potencial de propagarse rápidamente en todo el mundo. La OMS puede declarar el brote de una enfermedad infecciosa de esta escala como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).

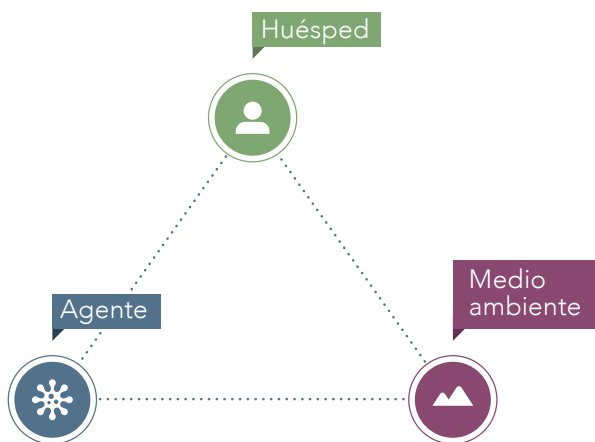
CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SUS MODOS DE TRANSMISIÓN

Causas de las enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos o microbios, como bacterias, virus, parásitos u hongos, que se pueden propagar, directa o indirectamente, de una persona a otra. El triángulo epidemiológico⁷³(pág. 52) ilustra cómo las enfermedades son causadas por la interacción entre los agentes infecciosos, los huéspedes y el medio ambiente.

- Agente:** Microorganismo patógeno que causa la enfermedad.
- Huésped:** El humano que puede infectarse y enfermarse.
- Medio ambiente:** Los factores, entre ellos físicos y socioeconómicos, que crean una oportunidad para que un agente quede expuesto a un huésped.

Figura 5
Triángulo epidemiológico



Cuando las condiciones del medio ambiente son favorables para la supervivencia de un agente y las circunstancias permiten que un huésped quede expuesto a un agente, pueden ocurrir infecciones y enfermedades.

Transmisión de las enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas tienen dos modos principales de transmisión.⁷³

1. Transmisión directa, cuando las enfermedades infecciosas se transmiten entre personas a través de:

Contacto directo: se refiere a cuando un agente infeccioso se transmite por el contacto físico entre dos personas. Puede ser



a través del contacto físico con la piel, la saliva o por relaciones sexuales. La enfermedad del virus del Ébola (EVE), por ejemplo, se transmite por el contacto directo con la sangre, las secreciones y los fluidos corporales de las personas infectadas, además del contacto con cadáveres infectados.



Transmisión por ruta respiratoria: los agentes infecciosos se transmiten a través de las gotas producidas por el estornudo o la tos. El SARS, por ejemplo, se transmite principalmente por las gotitas respiratorias que se esparcen a través de la tos y los estornudos.

2. Transmisión indirecta, cuando las enfermedades infecciosas se transmiten a través de:



Vectores: es decir, animales, como los mosquitos, las pulgas, las garrapatas y los flebótomos, que portan un agente infeccioso. La malaria, por ejemplo, se transmite a través de la picadura de un mosquito.



Vehículos: se refieren a los objetos inanimados (también llamados fómites) objetos contaminados o vector pasivo como los picaportes, las toallas, así como los alimentos, el agua y otros productos biológicos como la sangre. El cólera, por ejemplo, puede ser transportado por el agua o los alimentos y puede infectar a una persona que los ingiera.



El aire: puede transportar agentes infecciosos y dejarlos suspendidos durante períodos cortos o largos de tiempo. El sarampión, por ejemplo, puede transmitirse a un niño o niña en el consultorio médico hasta dos horas después de que otro niño/niña con sarampión haya salido de la sala, puesto que el virus puede permanecer suspendido en el aire.

Algunas enfermedades infecciosas tienen múltiples modos de transmisión. El cólera, por ejemplo, se transmite principalmente a través del agua o los alimentos contaminados, pero también se puede transmitir a través de los fluidos corporales. Lo mismo ocurre con la fiebre de Lassa, que se transmite principalmente a través del manejo de ratas, pero también puede transmitirse por el contacto con los fluidos corporales de personas infectadas y con las sábanas y la ropa contaminadas.

Ameerah, voluntaria de la Sociedad de la Media Luna Roja yemení, entre un grupo de niños/niñas en un barrio marginal de Sanaa, trata de enseñarles formas saludables de protección contra la infección del cólera y les indica cómo lavarse las manos con jabón antes y después de comer. Foto cortesía de la Federación Internacional o Cruz Roja/Sociedades de la Media Luna Roja (FICR)/Yemen.



Anexo 2: Medidas utilizadas para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA UTILIZADAS PARA PREVENIR Y CONTROLAR LA PROPAGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Dependiendo de los modos de transmisión, se recomiendan las siguientes diferentes medidas de salud pública para prevenir y controlar la propagación de las enfermedades infecciosas.

- **Medidas de prevención:** se toman para evitar que las personas se infecten.
- **Medidas de control:** tienen el objetivo de prevenir la propagación de la enfermedad más allá de las personas infectadas y de minimizar el periodo de contagio, con el fin de reducir los casos de contagio y el número de muertes.⁷⁴

Las medidas de prevención y control que se aplicarán a los diferentes brotes dependerán de varios factores que incluyen la viabilidad, la disponibilidad, la aceptación, la seguridad y el costo de las medidas.⁷⁵ (p126)

ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE TRANSMISIÓN DIRECTA

Las medidas de prevención incluyen:

- La **vacunación**, en los casos en los que existe una vacuna contra la enfermedad. Hay vacunas disponibles contra algunas enfermedades de transmisión directa, entre ellas la difteria y la gripe, incluida la gripe H1N1, pero para muchas otras no.⁷⁶
- **Medidas de educación** sobre la enfermedad infecciosa y los comportamientos que aumentan el riesgo de infección, tales como las relaciones sexuales sin protección o las prácticas no seguras de entierro, además de las que educan sobre cómo reducir el riesgo de infección, como es el uso de un mosquitero tratado con insecticida.⁷⁷
- **Medidas medioambientales**, que incluyen el suministro de recursos que las personas pueden utilizar para prevenir la transmisión (por ejemplo, repartir preservativos).
- **Precauciones comunes** (para la prevención y el control de infecciones), es decir, una serie de procedimientos que se deben seguir en los contextos de

salud con todos los pacientes, sin importar si están infectados o no. Los elementos clave incluyen la higiene de las manos, el equipo de protección para el personal (basado en la evaluación de los riesgos del procedimiento), las prácticas seguras de inyección, la limpieza del medio ambiente, la higiene respiratoria y el uso de técnicas asépticas.

Las medidas de control incluyen:

- El **aislamiento** o la separación de las personas enfermas que están infectadas para prevenir la exposición a personas no infectadas a la enfermedad.⁷⁸ Las personas aisladas pueden permanecer y ser atendidas en sus hogares, en hospitales o en centros de tratamiento designados.⁷⁹
- La **cuarentena**, que se refiere a la separación y restricción del movimiento de las personas sanas que estuvieron expuestas a una enfermedad infecciosa para controlar si se enferman.⁷⁸ Las autoridades de salud utilizan una variedad de estrategias para cumplir la cuarentena, desde la cuarentena voluntaria en el hogar hasta la cancelación de encuentros en grupo en zonas públicas y, en casos extremos, la creación de un cordón sanitario o una barrera alrededor de un área geográfica y prohibir el acceso público a esta zona.⁸⁰ Se utilizó una combinación de estas medidas de cuarentena, por ejemplo, en Sierra Leona durante la epidemia de la EVE. Las medidas de cuarentena se aplicaron a nivel individual, de aldea y jefatura o distrito.⁸¹ En los casos de cuarentena individual, se pidió a todos o a parte de los miembros de los hogares que permanecieran en su casa durante el período de incubación de 21 días de la EVE. En el caso de la cuarentena en el ámbito de la aldea, se les prohibía a todos salir de la aldea. En la cuarentena impuesta bajo jefatura o distrito, se restringió por completo el movimiento de personas entre jefaturas o distritos.⁸¹
- La **gestión de contactos**, que se refiere a la identificación, el seguimiento de personas que fueron expuestas y que incluye a veces la cuarentena de personas que pueden haber estado en contacto con una persona infectada para que puedan ser aisladas rápidamente antes de contagiar a más per-

sonas cercanas a ellas.⁸² El rastreo de contactos, por ejemplo, se utilizó en los países afectados por la pandemia del SARS, donde los contactos estaban bajo observación para detectar algún síntoma.⁸³ También se utilizó durante la epidemia de la EVE, donde los contactos fueron puestos en cuarentena para mantenerlos en observación.⁸⁴

- **El tratamiento de la enfermedad.** Según la infraestructura del servicio de salud existente y el grado de contagio de la enfermedad, se pueden establecer centros de tratamiento específicos, como los establecidos durante el brote de la EVE en África occidental.
- **La profilaxis posterior a la exposición:** término utilizado para describir la prestación de una intervención farmacéutica (vacunas, antibióticos, etc.) a personas expuestas a un paciente infeccioso, para prevenir que el individuo se enferme y que la enfermedad se propague a otros. Esta intervención depende del entorno, el contexto y la enfermedad.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE TRANSMISIÓN INDIRECTA.

Las medidas de prevención incluyen:

- **La vacunación,** en los casos donde existe una vacuna. Existen vacunas contra algunas enfermedades infecciosas de transmisión indirecta, como la fiebre amarilla y el cólera, pero para muchas otras no.⁷⁶
- **Medidas de educación** sobre la reducción del riesgo de infección, como prácticas para evitar a los mosquitos.
- **Medidas medioambientales,** entre otras el suministro de agua limpia y segura, refugio y saneamiento adecuados, así como el suministro de recursos materiales para evitar la transmisión, como mosquiteros para la cama.⁷⁵ En el caso de enfermedades como la malaria o la fiebre amarilla, controlar el vector es también una medida de prevención.
- **Precauciones comunes** (para la prevención y el control de infecciones), es decir, una serie de procedimientos a seguir en los contextos de salud con todos los pacientes, sin importar si están infectados o no. Los elementos clave incluyen la higiene de las manos, el equipo de protección personal (basado en la evaluación de los riesgos del procedimiento), las prácticas seguras de inyección, el saneamiento del medio ambiente, la higiene respiratoria y el uso de técnicas asépticas.

Las medidas de control incluyen:

- **El tratamiento** de la enfermedad para pacientes hospitalizados o ambulatorios, con las precauciones pertinentes.

- **La profilaxis posterior a la exposición:** término utilizado para describir la prestación de una intervención farmacéutica (vacunas, antibióticos, etc.) a personas expuestas a un paciente infeccioso, para prevenir que el individuo se enferme y que la enfermedad se propague a otros. Esta intervención depende del entorno, el contexto y la enfermedad.

CONSIDERACIONES CLAVE RESPECTO A LAS MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Los agentes de protección de la niñez y adolescencia necesitan considerar las consecuencias que tienen las medidas de prevención y control en relación a los riesgos de protección de los niños, niñas y adolescentes, y de la ejecución de las intervenciones de protección de la niñez y adolescencia. Los cuadros 3 y 4 a continuación incluyen un listado de preguntas a considerar.

Cuadro 3: Implicaciones de las medidas de prevención y control en términos de riesgos de protección de la niñez y adolescencia

¿Qué riesgos de protección para los niños y niñas podrían surgir de las medidas de prevención y control?

Medidas de prevención

Vacunación

- ¿Se están administrando las vacunas de manera segura para niños y niñas de diferentes grupos de edad? Verifique la edad recomendada para las vacunas más importantes. Por ejemplo, las dos vacunas orales contra el cólera aprobadas por la OMS no son adecuadas para niños menores de uno y dos años respectivamente.⁸⁵
- ¿Corre algún niño/niña el riesgo de ser excluidos de las medidas de prevención y control, tales como las campañas de vacunación?

Medidas de educación

- ¿Se han identificado correctamente a los niños y niñas de diferentes edades y habilidades identificados en las medidas de educación para la prevención de infecciones?

Los agentes de protección de la niñez y adolescencia necesitan considerar las consecuencias que tienen las medidas de prevención y control en términos de riesgos de protección de la niñez y la adolescencia, y de la ejecución de las intervenciones de protección.

Medidas de control

Aislamiento

- ¿Qué factores empeoran la estigmatización de las personas infectadas, incluidos los niños y niñas, mediante medidas de aislamiento? ¿Cuáles son las medidas que se se pueden tomar para mitigar este estigma social?
- ¿Son las unidades de aislamiento espacios amigables para la niñez?

Cuarentena

- ¿Cómo afectan las restricciones al movimiento impuestas por la cuarentena en el bienestar de los niños y niñas? ¿Cómo se pueden mitigar los impactos negativos?

- ¿Cómo influyen involuntariamente las medidas de cuarentena en la estigmatización de las personas infectadas, incluidos los niños y niñas? ¿Qué acciones se pueden tomar para mitigar este estigma?

Tratamiento

- ¿Cuáles son los riesgos relacionados con la protección que existen en los centros de tratamiento para niños y niñas?
- ¿Son los centros para el tratamiento amigables para los niños /niñas?
- ¿Conocen el personal y los voluntarios los códigos de conducta sobre la protección de la niñez y adolescencia y cómo se aplican en los centros de tratamiento?

Cuadro 4: Implicaciones de las medidas de prevención y control para las intervenciones de protección de la niñez y adolescencia

¿Cómo deben adaptarse las intervenciones para la protección de la niñez y adolescencia a las medidas de prevención y control que se utilizan durante los brotes?

Medidas de prevención

Vacunación

- Durante las campañas de vacunación, ¿ayudan las intervenciones para la protección de la niñez y adolescencia a promover la campaña o interfieren de alguna manera?

Medidas de educación

- ¿Son los mensajes que se usan en las intervenciones para la protección de la niñez y adolescencia consistentes con los mensajes educativos sobre los comportamientos para reducir el riesgo de infección?

Medidas medioambientales

- ¿Existen medidas de control de vectores o vehículos (por ejemplo, desinfección de objetos, eliminación de agua estancada donde los mosquitos puedan reproducirse) en los lugares donde se llevan a cabo las intervenciones para la protección de la niñez y adolescencia?
- ¿Están provistos de instalaciones adecuadas para el agua limpia e higiene y saneamiento en los sitios donde se realizan las intervenciones de protección de la niñez y adolescencia?

Medidas de control

Aislamiento

- ¿Qué medidas tomar para adaptar las intervenciones para la protección de la niñez y adolescencia, como la provisión de apoyo psicológico

para los niños y niñas, para que lleguen a los niños y niñas en las unidades de aislamiento?

- ¿Existe una relación de trabajo entre los actores de la protección de la niñez y adolescencia y los profesionales de salud, específicamente para mitigar los posibles efectos negativos del aislamiento en el bienestar de los niños y niñas?

Cuarentena

- ¿Cómo hay que adaptar las intervenciones para la protección de la niñez y adolescencia como la prestación de apoyo psicológico a niños y niñas para que lleguen a los que se encuentran en cuarentena?
- ¿Existe una relación de trabajo entre los profesionales de la protección de la niñez y adolescencia y el personal de salud para mitigar los posibles efectos negativos de la cuarentena en el bienestar de los niños y niñas?

Tratamiento

- ¿Existe una relación de trabajo entre los actores de la protección de la niñez y adolescencia y los actores de la salud para garantizar que los centros de tratamiento sean espacios amigables para los niños y niñas y no supongan riesgos para la niñez y adolescencia?
- ¿Están diseñados los mensajes educativos sobre la prevención de infecciones para niños de diferente sexo, edad y capacidad?



Arriba: Foto de cortesía de Terre des hommes/Will Baxter/2016 de Burundi.

Anexo 3: Tipos de brotes de enfermedades infecciosas

Figura 2: Tipos de brotes de enfermedades infecciosas

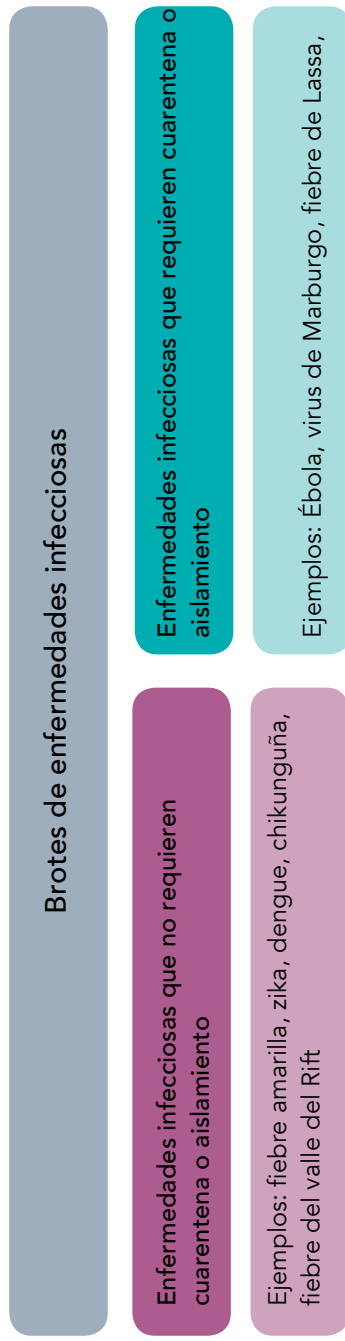


Tabla 5: Ejemplos de enfermedades infecciosas⁷⁴

Nombre de la enfermedad	Identificación (Rasgos clínicos)	Tasa de mortalidad (CFR por su sigla en inglés)	Agente infeccioso	Período de incubación	Modo de transmisión	Métodos de prevención y control.
Ébola	Enfermedad viral aguda grave; fiebre repentina, cefalea intensa, náuseas, vómitos	Se evidenció una variación del 25% al 90% en brotes anteriores (la tasa promedio es del 50%) ⁸⁶	Virus: <i>Virus del Ébola</i>	De 2 a 21 días	Contacto directo con sangre infectada humana o animal, con secreciones, con órganos o semen.	Prevención: Evitar el contacto con los fluidos corporales de las personas infectadas. Control: Aislamiento de personas infectadas; desinfección simultánea; rastreo de contactos; cuarentena de personas potencialmente infectadas
Virus de Marburgo	Enfermedad viral aguda grave; fiebre repentina, cefalea intensa, náuseas, vómitos	Varía del 24% al 88%. ⁸⁷	Virus: <i>Virus de Marburgo</i>	De 2 a 21 días	Se transmite a los seres humanos a través de los murciélagos; transmisión de persona a persona mediante el contacto con sangre humana infectada, secreciones, órganos o semen.	Prevención: Evitar el contacto con los fluidos corporales de las personas infectadas. Control: Aislamiento de personas infectadas; desinfección simultánea; rastreo de contactos; cuarentena de personas potencialmente infectadas

SARS	Fiebre alta, escalofríos, dolor de cabeza, dolores de cuerpo, diarrea	Estimado 0% - 50% (CFR global de 14-15%)	Virus: coronavirus asociado a SARS (SARS-CoV)	De 2 a 10 días (media de 5-6 días); informes aislados de incubación más larga	Propagación de la gota respiratoria; en algunas situaciones, fómites	Prevención: lavarse las manos con jabón, evitar tocarse ojos, boca Control: Aislamiento de personas infectadas, usar equipo de protección para infecciones aéreas cuando se esté cerca de una persona infectada
MERS⁸⁹	Una enfermedad respiratoria viral: fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar	Estimado 35% ⁹⁰	Virus: Síndrome respiratorio de oriente medio provocado por coronavirus	De 2 a 14 días, en promedio: 5 días	Transmitido a través del contacto con camellos, dromedarios infectados; por contacto humano en centros de cuidado de la salud.	Prevención: Practicar una buena higiene; evite el contacto con animales enfermos Control: Aislamiento de personas con resultado positivo para MERS
peste	Fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas, dolor de garganta. A menudo desarrolla linfadenitis	Estimado 50% - 60% ⁹¹ para la peste bubónica; est. 100% para la peste neumónica si no se trata	Bacteria: <i>Yersinia pestis</i> , el bacilo de la peste	De 1 a 7 días	Transmitida por las pulgas; contacto directo con fluidos corporales infectados o materiales contaminados; inhalación de gotas	Prevención: Reducir la probabilidad de picaduras de pulgas Control: Aislamiento solo para la peste neumónica; las personas que han estado en contacto con el paciente deben ser puestas en estricto aislamiento durante 7 días; desinfección
Fiebre de Lassa	Enfermedad viral aguda; inicio gradual con malestar, fiebre, dolor de cabeza, tos, náuseas	1% (15% entre los pacientes hospitalizados con casos severos) ⁹⁴	Virus: Virus de Lassa	De 2 a 21 días	Se transmite a través del contacto con alimentos u objetos contaminados con orina de roedor infectado o sus heces; contacto con fluidos corporales de la persona infectada ⁹⁴	Prevención: Promover el control del roedor y practicar una buena higiene; usar equipo de protección en el contacto con personas infectadas Control: Aislamiento de personas infectadas; desinfección simultánea; rastreo de contactos; cuarentena de personas potencialmente infectadas
Cólera	Heces acuosas e indoloras de inicio repentino, náuseas, vómitos.	Sin tratamiento, la muerte puede ocurrir en horas. Varía entre 0% - 15.8% ⁹⁵ , pero puede ser mayor en niños con desnutrición aguda severa	Bacteria: <i>Vibrio cholerae</i> serogrupos O1 y O139	De pocas horas a 5 días, generalmente de 2 a 3 días	Ingestión de dosis de alimentos o agua contaminados	Prevención: Vacunas orales contra el cólera; usar equipo de protección en contacto con una persona infectada, desinfección simultánea Control: cohorte de pacientes infectados por el mismo patógeno; no se recomienda cuarentena.

Nombre de la enfermedad	Identificación (Rasgos clínicos)	Tasa de mortalidad (CFR por su sigla en inglés)	Agente infeccioso	Período de incubación	Modo de transmisión	Métodos de prevención y control.
Zika	Fiebre moderada, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolor muscular y articular, dolor de cabeza		Virus: <i>Flavivirus</i>	Generalmente de 2 a 14 días	Picadura de mosquitos infectados; transmisión sexual; transmisión de madre a feto; transfusión	Prevención: Controlar el hábitat del mosquito vector; no hay vacuna disponible Control: Uso de mosquitero para pacientes; sin tratamiento específico disponible; no se recomienda cuarentena.
Fiebre amarilla	Enfermedad viral aguda; fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, náuseas, vómitos	Varía de 5% en las regiones endémicas a 20-40% durante los brotes	Virus: <i>Flavivirus</i>	De 3 a 6 días	Picadura de mosquitos infectados; transfusión	Prevención: Vacunación Control: evitar el acceso de mosquitos al paciente; tomar precauciones con sangre y fluidos; no se recomienda cuarentena.
Dengue	Enfermedad viral febril aguda; fiebre repentina, dolor de cabeza intenso, náuseas, vómitos	Varía de 1% con diagnóstico temprano y atención médica a más del 20% ⁹²	Virus: <i>Flavivirus</i> serotipos 1, 2, 3, 4	De 3 a 14 días, generalmente de 4 a 7 días	Picadura de mosquitos infectados	Prevención: control del hábitat del mosquito Control: evitar el acceso de mosquitos al paciente; tomar precauciones con sangre y fluidos; no se recomienda cuarentena.
Chikunguña	Fiebre repentina, dolor muscular, náuseas, fatiga, dolor en las articulaciones	Estimada en 1% ⁹³	Virus: <i>Flavivirus</i>	De 1 a 12 días, normalmente de 3 a 5 días	Picadura de mosquitos infectados	Prevención: control del hábitat del mosquito Control: evitar el acceso de mosquitos al paciente; tomar precauciones con sangre y fluidos; no se recomienda cuarentena.
Fiebre del valle del Rift	Enfermedad viral febril aguda; fiebre repentina, dolor de cabeza intenso, náuseas, vómitos	Estimado de 0,5% - 2%	Virus: <i>Flebovirus</i>	3 a 12 días	Picadura de mosquitos infectados; manejo de tejido animal; transmisión por aerosoles o por contacto con sangre altamente contagiosa	Prevención: precauciones en el cuidado y manejo de animales infectados y sus productos, así como con sangre humana con infección aguda, inmunización con vacuna de células inactivadas Control: Aislamiento de personas infectadas, desinfección simultánea

Foto cortesía de Terre des hommes/Olivier
Girard/Burkina Faso, 2016.



Referencias Bibliográficas

1. Smith KF, Goldberg M, Rosenthal S, Carlson L, Chen J, Chen C, Ramachandran S. Global rise in human infectious disease outbreaks. *Journal of the Royal Society Interface*. 2014.
2. Smith RD. Responding to global infectious disease outbreaks: lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social science & medicine*. 2006; 63 (12): 3113-3123.
3. UNISDR. Terminology on Disaster Risk Reduction. [citado el 3 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-d>
4. IASC. Level 3 (L3) Activation Procedures for Infectious Disease Events. 2016.
5. Child-specific exposure factors handbook. Washington, DC: National Center for Environmental Assessment, Office of Research and Development, U.S. Environmental Protection Agency; 2008.
6. Mupere E, Kaducu O, Yoti Z. Ebola haemorrhagic fever among hospitalised children and adolescents in northern Uganda: Epidemiologic and clinical observations. *Afr. Health Sci*. 2001; 1 (2): 60 – 65.
7. Thompson S. Infectious diarrhoea in children: controlling transmission in the child care setting. *J Paediatr Child Health*. 1994; 30 (3): 210-219.
8. Simon, A. Katharina, Georg A. Hollander y Andrew McMichael. "Evolution of the immune system in humans from infancy to old age." *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 282, no. 1821 (2015).
9. Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bull. World Health Organ*. 2000; 78 (10): 1207-1221.
10. Brennhofner S, Reifsnider E, Bruening M. Malnutrition coupled with diarrheal and respiratory infections among children in Asia: A systematic review. *Public Health Nurs*. 2017; 34 (4): 401–409.
11. Page A-L, de Rekeneire N, Sayadi S, Aberrane S, Janssens A-C, Rieux C, Djibo A, Manuguerra J-C, Ducou-le-Pointe H, Grais RF, et al. Infections in children admitted with complicated severe acute malnutrition in Niger. *PLoS One*. 2013;8(7).
12. Latham, Michael C. Human nutrition in the developing world. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1997.
13. Cholera vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*. 2010; 85 (13): 117-128.
14. Davies SE, Bennett B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. *International Affairs*. 2016; 92 (5): 1041-1060.
15. Anker, M. Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases. Geneva: World Health Organization, 2007.
16. Dowell SF, Mukunu R, Ksiazek TG, Khan AS, Rollin PE, Peters CJ. Transmission of Ebola hemorrhagic fever: A study of risk factors in family members, Kikwit, Democratic Republic of the Congo, 1995. *The Journal of infectious diseases*. 1999; 179:S87-S91.
17. Namvongsa V, Sirivichayakul C, Songsithichok S, Chanthavanich P, Chokeyindachai W, Sitcharungsi R. Differences in clinical features between children and adults with dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2013; 44 (5): 772.
18. Team WER. Ebola virus disease among children in West Africa. *N. Engl. J. Med*. 2015;372(13):1274.
19. Fitzgerald F, Awonuga W, Shah T, Youkee D. Ebola response in Sierra Leone: The impact on children. *Journal of Infection*. 2016; 72:S6-S12.
20. Deen JL, Von Seidlein L, Sur D, Agtini M, Lucas ME, Lopez AL, Kim DR, Ali M, Clemens JD. The high burden of cholera in children: Comparison of incidence from endemic areas in Asia and Africa. *PLoS Negl. Trop. Dis*. 2008; 2 (2): e173.
21. Shrestha SS, Swerdlow DL, Borse RH, Prabhu VS, Finelli L, Atkins CY, Owusu-Edusei K, Bell B, Mead PS, Biggerstaff M, et al. Estimating the burden of 2009

pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009-April 2010). *Clinical Infectious Diseases*. 2011; 52: S75 – S82.

22. UNICEF. Yellow Fever: Quick Note. 2016.

23. Olupot-Olupot P. Ebola in children: Epidemiology, clinical features, diagnosis and outcomes. *The Pediatric infectious disease journal*. 2015; 34 (3): 314-316.

24. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, Pascoe J, Wood DL, otros. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129 (1): e232-e246.

25. Interview with Humanitarian Child Protection Responder to the EVD epidemic in Liberia, September 12, 2017.

26. Interview with Humanitarian Child Protection Responder to the EVD epidemic in Sierra Leone, September 16, 2017.

27. Gopalan SS, Das A. Household economic impact of an emerging disease in terms of catastrophic out-of-pocket health care expenditure and loss of productivity: Investigation of an outbreak of chikungunya in Orissa, India. *J. Vector Borne Dis*. 2009; 46 (1): 57.

28. Kuriansky, Judith, ed. *The Psychosocial Aspects of a Deadly Epidemic: What Ebola has taught us about Holistic Healing*. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO, LLC, 2016..

29. Hepler JB. Social development of children: The role of peers. *Children & Schools*. 1997; 19 (4): 242-256.

30. Fisher EP. The impact of play on development: A meta-analysis. *Play & Culture*. 1992; 5 (2): 159-181.

31. Risso-Gill I, Finnegan L. Children's Ebola Recovery Assessment: Sierra Leone. Save the Children, World Vision International and Plan International and UNICEF; 2015.

32. Molinari N-AM, Ortega-Sanchez IR, Messonnier ML, Thompson WW, Wortley PM, Weintraub E, Bridges CB. The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs. *Vaccine*. 2007; 25 (27): 5086-5096.

33. Peyre M, Chevalier V, Abdo-Salem S, Velthuis A, Antoine-Moussiaux N, Thiry E, Roger F. A Systematic Scoping Study of the Socio-Economic Impact of Rift

Valley Fever: Research gaps and needs. *Zoonoses Public Health*. 2015; 62 (5): 309-325.

34. Sim K, Chan YH, Chong PN, Chua HC, Soon SW. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 68 (2): 195-202.

35. Semba RD, De Pee S, Berger SG, Martini E, Ricks MO, Bloem MW. Malnutrition and infectious disease morbidity among children missed by the childhood immunization program in Indonesia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2007; 38 (1): 120 – 129.

36. Uddin MJ, Shamsuzzaman M, Horng L, Labrique A, Vasudevan L, Zeller K, Chowdhury M, Larson CP, Bishai D, Alam N. Use of mobile phones for improving vaccination coverage among children living in rural hard-to-reach areas and urban streets of Bangladesh. *Vaccine*. 2016; 34 (2): 276-283.

37. Minakawa N, Dida GO, Sonye GO, Futami K, Kaneko S. Unforeseen misuses of bed nets in fishing villages along Lake Victoria. *Malaria journal*. 2008; 7 (1): 165.

38. Salathé M, Jones JH. Dynamics and control of diseases in networks with community structure. *PLoS computational biology*. 2010; 6 (4): e1000736.

39. Southall DP, fresa S, Smith RD, Toro DN, A Radford, Williams A, Nicholson S, otros. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Healthcare provision in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child. *Pediatrics*. 2000; 106 (5): 1054-1064.

40. Interview with Humanitarian Child Protection Responder to the cholera outbreak in Yemen, September 28, 2017.

41. Strong A, Schwartz DA. Sociocultural aspects of risk to pregnant women during the 2013-2015 multinational Ebola virus outbreak in West Africa. *Health Care Women Int*. 2016; 37 (8): 922-942.

42. Farag E, Marufu O, Sikkema R, Al-Romaihi H, Al Thani M, Al-Marri S, El-Sayed A, Reusken C, Al-Hajri M, Koopmans M, et al. The hidden epidemic: MERS-CoV-related stigma observations from the field, Qatar 2012-2015. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016; 45:332.

43. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*. 2010; 76 (2): 97 – 102.
44. Soon MML, Madigan E, Jones KR, Salata RA. An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore. *American Journal of Infection Control*. 2013; 41 (10): e111-e113.
45. Chertow DS, Kleine C, Edwards JK, Scaini R, Giuliani R, Sprecher A. Ebola virus disease in West Africa—Clinical manifestations and management. *New England Journal of Medicine*. 2014; 371 (22): 2054-2057.
46. Kavanagh AM, Mason KE Bentley RJ, Studdert DM, McVernon J, Fielding JE, S Petrony, Gurrin L, LaMontagne AD. Leave entitlements, time off work and the household financial impacts of quarantine compliance during an H1N1 outbreak. *BMC Infectious Diseases*. 2012; 12 (1): 311.
47. Reynolds D, Garay J, Deamond S, Moran M, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*. 2008; 136 (7): 997-1007.
48. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*. 2004; 10 (7): 1206.
49. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 2005; 22 (5): 398-406.
50. Williams GS, Naiene J, Gayflor J, Malibiche T, Zoogley B, Frank WG, Nayeri F. Twenty-one days of isolation: A prospective observational cohort study of an Ebola-exposed hot zone community in Liberia. *Journal of Infection*. 2015; 71 (2): 150-157.
51. Kostelny K, Lamin D, Manyeh M, Ondoro K, Stark L, Lilley S, Wessells M. "Worse than the war": An ethnographic study of the impact of the ebola crisis on life, sex, teenage pregnancy, and a community-driven intervention in rural Sierra Leone. 2016.
52. Gemmetto V, Barrat A, Cattuto C. Mitigation of infectious disease at school: Targeted class closure vs school closure. *BMC Infectious Diseases*. 2014; 14 (1): 695.
53. UNICEF. Care and Protection of children in the West African Ebola Virus Disease Epidemic: Lessons learned for future public health emergencies. 2016.
54. UNICEF. More than 70,000 children born during the Ebola outbreak in Liberia at risk of exclusion if not registered, warns UNICEF. [citado el 15 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/media/media_82699.html
55. Pellecchia U, Crestani R, Decroo T, Van den Bergh R, Al-Kourdi Y. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One*. 2015; 10 (12): e0143036.
56. Kahn C. Ebola and Humanitarian Protection Humanitarian Practice Network: Humanitarian Exchange, editor. Special Feature: The Ebola crisis in West Africa. 2010.
57. Budy FC. Policy Options for Addressing Health System and Human Resources for Health Crisis in Liberia Post-Ebola Epidemic. *International journal of MCH and AIDS*. 2015; 4 (2): 1.
58. Interview with Humanitarian Responder to the Sierra Leone EVD epidemic, October 18, 2017.
59. Kostelny KWMC-BJ, Ondoro K. Learning about children in slums: A rapid ethnographic study in two urban slums in Mombasa of community-based mechanisms and their linkage with the Kenyan national child protection system. London; 2013.
60. UNCEDAW. Joint general recommendation No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women/general comment No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on harmful practices. 2014.
61. ACAPS. Beyond a Public Health Emergency: Potential Secondary Humanitarian Impacts of a Large-Scale Ebola Outbreak. 2016.
62. Interview with Disaster Risk Management Specialist in El Salvador, October 20, 2017.
63. dos Santos Oliveira SJG, dos Reis CL R Cicolotti, Gurgel RQ, Santos VS, Martins Filho PRS. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of newborns with microcephaly and presumed congenital Zika virus infection: a follow-up study during the first year after birth. *Arch. Womens. Ment. Health*. 2017; 20(3):473–475.

64. Interview with Mental Health Specialist Responder to EVD epidemic in West Africa, Octubre 10, 2017.
65. SC. Save the Children's Ebola Reponse: Response, Recovery, Rehabilitation. 2015.
66. Williams J, Gonzalez-Medina D, otros. Infectious diseases and social stigma. *Applied Innovations and Technologies*. 2011; 4 (1): 58 – 70.
67. Schnoebelen J. Witchcraft allegations, refugee protection and human rights: A review of the evidence. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2009.
68. Dahl B. Beyond the blame paradigm: rethinking witchcraft gossip and stigma around HIV-positive children in Southeastern Botswana. *African Historical Review*. 2012; 44 (1): 53 – 79.
69. La Fontaine J. The devil's children: from spirit possession to witchcraft: New allegations that affect children. Routledge; 2009.
70. Cimpric A. Children accused of witchcraft: An anthropological study of contemporary practices in Africa. UNICEF WCARO; 2010.
71. WHO. Health Topics: Disease Outbreaks. [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/disease_outbreaks/en/
72. Sands P, Mundaca-Shah C, Dzau V. The Neglected Dimension of Global Security - A framework for countering infectious-disease crises. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374 (13): 1281–1287.
73. CDC. Principles of epidemiology in public health practice: an introduction to applied epidemiology and biostatistics. 3rd ed. Atlanta, GA: US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Office of Workforce and Career Development; 2006.
74. Heymann DL, editor. Control of communicable diseases manual an official report of the American Public Health Association. Washington, DC: APHA Press, an imprint of the American Public Health Association; 2015.
75. Connolly, M, editor. Communicable disease control in emergencies: A field manual. Geneva: WHO; 2005.
76. WHO. Vaccines and Diseases. [citado en octubre 1 de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/en/>
77. Adjah ESO, Panayiotou AG. Impact of malaria related messages on insecticide-treated net (ITN) use for malaria prevention in Ghana. *Malaria journal*. 2014; 13 (1): 123.
78. CDC. About Quarantine and Isolation. [citado en septiembre 1 de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/quarantine/quarantineisolation.html>
79. CDC. Factsheet on isolation and quarantine. [citado el 25 de septiembre de 2017]. Disponible desde: <https://www.cdc.gov/sars/quarantine/fs-isolation.html>
80. Cetron M, Maloney S, Koppaka R, Simone P. Isolation and quarantine: containment strategies for SARS 2003. En: *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak*. National Center for Infectious Diseases Centers for Disease Control and Prevention; 2004. págs. 71 – 83.
81. Government of Sierra Leone. Sierra Leone Emergency Management Program Standard Operating Procedure for Management of Quarantine. 2014.
82. WHO. Contact tracing. [citado el 4 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/contact-tracing-guidelines/en/>
83. Mandavilli A. SARS epidemic unmasks age-old quarantine conundrum. *Nature Medicine*. 2003, 9.5:487.
84. Pandey A, Atkins KE, Medlock J, Wenzel N, Townsend JP, Childs JE, Nyenswah TG, Ndeffo-Mbah ML, Galvani AP. Strategies for containing Ebola in west Africa. *Science* (80-.). 2014; 346 (6212): 991-995.
85. WHO. Cholera. [citado el 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/ith/vaccines/cholera/en/>
86. WHO. Ebola Virus Disease: Fact Sheet (actualizado en julio de 2017). [citado el 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>
87. WHO. Marburg haemorrhagic fever. [citado el 5 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/en/

88. WHO. Update 49 - SARS case fatality ratio, incubation period (Actualizado en mayo de 2003). [citado el 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/csr/sarsarchive/2003_05_07a/en/

89. WHO. Introduction to MERS-CoV Infection: Managing Infectious Hazard.; 2016..

90. WHO. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): Factsheet (Updated May 2017). [citado el 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/en/>

91. WHO. WHO report on global surveillance of epidemic-prone infectious diseases. Geneva: World Health Organization; 2000.

92. WHO. Dengue and severe dengue: Factsheet (Actualizado en abril de 2017). [citado el 22 septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>

93. Josseran L, Paquet C, Zehgnoun A, Caillere N, Le Tertre A, Solet J-L, Ledrans M. Chikungunya disease outbreak, Reunion Island. Emerging infectious diseases. 2006; 12 (12): 1994-1995.

94. WHO. Lassa Fever: Actualizado en julio de 2017. [citado en octubre 1 de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs179/en/>

95. WHO. Cholera case fatality rate. [citado el 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/case_fatality_rate_text/en/

Abajo: El ébola desgarró a Sierra Leona hace dos años, se cobró alrededor de 4.000 vidas en el país y devastó una de las economías más frágiles del mundo. Sierra Leona fue declarada libre de ébola en noviembre de 2015, pero el impacto en las familias y en las comunidades se sentirá en los próximos años, y llevará muchos años recuperarse por completo. Foto cortesía de Plan International.





LA ALIANZA
PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA EN LA ACCIÓN HUMANITARIA



LA ALIANZA
PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y
ADOLESCENCIA EN LA ACCIÓN HUMANITARIA



NOTA DE ORIENTACIÓN:
PROTECCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES DURANTE LOS
BROTOS DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS
