

Lecciones aprendidas y recomendaciones

Este informe describe las lecciones aprendidas de aquellos que estuvieron directamente involucrados en la implementación del Programa de Protección Infantil durante la respuesta epidémica a la Enfermedad por el Virus del Ébola (EVE) en África Occidental. La información se obtiene de la experiencia del programa en Guinea, Liberia y Sierra Leona durante el período de agosto de 2014 a diciembre de 2015.

El 29 de marzo de 2016, se levantó la Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) relacionada con el Ébola en África Occidental. Un total de 28,616 casos fueron reportados como confirmados, probables y sospechosos en Guinea, Liberia y Sierra Leona y hubo un total de 11,310 muertes.¹ La epidemia tuvo un efecto dramático en los niños; 9.8 millones de niños, niñas y jóvenes menores de 20 años provenían de áreas afectadas por la EVE y 2.9 millones eran menores de cinco años. Las escuelas fueron cerradas por lo que cinco millones de niños y niñas no pudieron asistir a clases. Para diciembre de 2015, UNICEF informó un registro estimado de 22,702 niños que habían perdido a uno o ambos padres o cuidadores principales a causa del ébola.



Sobreviviente del Ébola y huérfana en Freetown, Sierra Leona. (Oct 17, 2015)

© UNICEF/UN200685/Grile

Los primeros meses de la epidemia fueron caóticos y las medidas de control no se percataron del impacto que la epidemia estaba teniendo o tendría en los niños; ni explicaban la influencia que los niños tendrían sobre cómo se desarrolló la epidemia. A medida que la EVE se extendió, la respuesta principal fue una respuesta de salud sectorial, pero pronto quedó claro que una respuesta enfocada solo en la salud pasaba por alto a dos motores principales de la epidemia: el miedo y la desconfianza. Ahora hay un consenso que una respuesta multisectorial que respete las costumbres sociales y trabaje con las comunidades debe guiar la estrategia para una respuesta exitosa contra la epidemia.

El miedo fue una parte importante del contexto de la epidemia de la EVE en Liberia, Sierra Leona y Guinea. Durante la epidemia, las personas reaccionaron por miedo, lo que a veces ocasionó negación y el aumento de la conducta de riesgo. El miedo puede crear desconfianza, lo que puede fomentar la hostilidad contra una respuesta humanitaria. Durante los primeros meses de la epidemia de EVE, algunas veces los esfuerzos iniciales de movilización social fueron mal orientados debido a la confusión, provocando el miedo en las comunidades en lugar de aliviarlo. Los mensajes de comunicación y los métodos de difusión propagaron más pánico que comprensión. Palabras como "cuarentena", "infección" y "aislamiento" prevalecieron en un momento en que la "tolerancia" "acompañamiento" y "compasión" eran las palabras que la gente necesitaba escuchar.

Con los rumores extendiéndose y fomentando la desconfianza y la ira, las personas huyeron de sus comunidades y posiblemente propagaron el virus; los niños, las niñas y las familias afectadas por el EVE tuvieron que enfrentar el estigma y la exclusión de sus comunidades; las comunidades rechazaron importantes mensajes de salud externos y se incitó a la violencia contra los trabajadores de salud y personal humanitario.



Hay muchas razones por las cuales la epidemia de la EVE eventualmente comenzó a ceder y el número de enfermos comenzó a disminuir, incluso debido al ciclo de natural de la vida del virus. Las razones continuarán siendo descubiertas y debatidas por algún tiempo. Pero en general, hubo un cambio que pasó del enojo y rechazo de los comunitarios al compromiso de las personas: las comunidades comenzaron a confiar y las personas empezaron a participar en la solución. Para generar confianza con las comunidades, las intervenciones relacionadas con la protección infantil trabajaron cada vez en una coordinación más estrecha con la respuesta de salud y la movilización social, especialmente a medida que mejoró la coordinación descentralizada. La respuesta adoptó un enfoque más integral y hasta más humano. Lo que inició como una comunicación unidireccional sobre qué hacer y qué no hacer se convirtió en un compromiso basado en el diálogo.

Dentro de esta evolución, los trabajadores sociales jugaron un papel crucial al llegar a las comunidades afectadas para conversar con niños, niñas y las familias, listos para escuchar, lidiando ágilmente con la confusión sobre la realidad que la gente vivía: "Necesito alimentar a mis hijos. Necesito acceso a atención médica". Los trabajadores sociales no siempre podían proporcionar las soluciones, pero proporcionaban un espacio y tiempo para que las familias vulnerables, a menudo afligidas, expresaran sus temores y necesidades básicas. También podrían coordinar con una variedad de prestadoras de servicios para facilitar respuestas apropiadas.

El Programa de Protección Infantil tuvo dos roles principales en la respuesta epidémica a la EVE: asegurar el cuidado y un sistema de apoyo para niños y niñas directamente afectados por la epidemia de la EVE; y proporcionar apoyo psicosocial (PSS) a los niños en sus hogares y comunidades para ayudarlos a comprender y aceptar sus experiencias y pérdidas. Para implementar la respuesta de Protección Infantil se desarrollaron dos componentes principales del programa: Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS); y cuidado y apoyo a los niños afectados por EVE y sus familias, incluyendo el acogimiento en centros de atención. La solidez de los sistemas para el Manejo de Datos y la Coordinación del Programa comprobó variables importantes en la implementación de una respuesta eficiente y eficaz, juntamente con la disponibilidad oportuna de recursos financieros y humanos suficientes (tanto en cantidad como en calidad).

En qué medida fue exitosa la respuesta al abordar la magnitud y la naturaleza única de las necesidades de protección de los niños provocadas por la epidemia es el tema de este informe y proporciona las siguientes lecciones clave aprendidas y recomendaciones.

¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205686/1/WHOSitrep_28_Apr2016_eng.pdf?ua=1, page 9.

LECCIONES APRENDIDAS CLAVE

Para fines de la Evaluación de las Lecciones Aprendidas, una "Lección Aprendida" incluyó:

- Una actividad que fue contraproducente y que debería evitarse en el futuro;
- Una intervención del programa que no fue eficaz ni eficiente y que debería evitarse en el futuro;
- Una intervención del programa que no fue tan eficaz ni eficiente pero que podría mejorarse según nuestra experiencia hasta la fecha;
- Una intervención del programa que fue efectiva, eficiente y oportuna; y, por lo tanto, debería implementarse en una futura emergencia de salud pública;
- Una actividad que fue muy útil y podría convertirse en una práctica estándar;
- Sistemas / documentos que se pueden usar en el futuro, ej. modelos estadísticos, procedimientos operativos estándar, manuales de capacitación, directrices y/o
- Aspectos o factores de la respuesta que deben incluirse en el proceso de planificación e implementación.

Las siguientes son las principales lecciones aprendidas de la respuesta de Protección Infantil durante la epidemia del Ébola en África Occidental.

1. Una epidemia requiere un enfoque multisectorial de los derechos del niño

En general, la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) no reconoció ni abordó suficientemente los derechos de los niños: el enfoque y el apoyo a los niños y niñas en todos los sectores, incluyendo el sector de la salud, fue una parte limitada y tardía de la respuesta general a la EVE. Algunas veces la respuesta a la EVE en realidad menoscabó los derechos de los niños, separándolos de sus familias sin el consentimiento de sus padres, cerrando el acceso de los niños a la educación y la atención médica y fallando en el desarrollo de estrategias de comunicación que atrajeran directamente a los niños y los incluyeran específicamente en el mensaje. Las futuras emergencias epidémicas o de salud pública requieren una respuesta multisectorial basada en el interés superior del niño, de acuerdo con los principios más fundamentales de los derechos del niño.

2. Una respuesta comunitaria es mejor

En África occidental, se debería haber adoptado una respuesta comunitaria desde el comienzo del Ébola para abordar una epidemia dinámica e impredecible. Es esencial trabajar y desarrollar confianza con las comunidades. Las/los líderes comunitarios deben ser incluidos como parte de la respuesta. El mensajero es tan importante, sino más importante que el mensaje mismo. Incluso durante el pico de una emergencia, un enfoque basado en escuchar las preocupaciones de las personas, en lugar de decirles lo que deberían y no deberían hacer, ahorrará recursos, tiempo y vidas.

La evidencia de la respuesta a la EVE muestra que, con un enfoque basado en el diálogo comunitario, dirigido por líderes locales y apoyado de manera coordinada por la movilización social, los trabajadores sociales y de la salud y luego las personas, las familias y las comunidades pueden adaptarse a los cambios de comportamiento difíciles que son necesarios para reducir una epidemia.

3. La respuesta para la Protección Infantil debe estar focalizada y ser medible

La estrategia de Protección Infantil para la respuesta a la EVE tardó en desarrollarse. El rol específico y prioritario de la Protección Infantil en la respuesta no fue inmediatamente obvio y las principales intervenciones, aunque familiares en otros contextos humanitarios (ver abajo), requirieron una adaptación significativa en el contexto del Ébola.

La definición del *Paquete Mínimo de Servicios* en los tres países afectados en el primer trimestre de 2015 fue un avance importante en la comunicación e implementación de la respuesta de Protección Infantil. La clasificación de los niños afectados por la EVE (ej., sobrevivientes de la EVE, "huérfanos" de la EVE, niños en comunidades muy afectadas, etc.) junto con el paquete de asistencia definido fue práctica y permitió tener marcadores y denominadores claros en la implementación del programa. Aunque a algunos oficiales de protección infantil les preocupaba que era una "versión popularizada" y una simplificación del Programa de Protección Infantil, el *Paquete Mínimo de Servicios* fue la forma más directa y clara de comunicar *quiénes* eran los beneficiarios del programa de protección infantil, *qué* intervenciones eran para apoyarlos y *cómo* serían monitoreadas.

4. Las actividades programáticas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) es una parte esencial de una respuesta a una emergencia de salud pública, pero requiere definiciones claras y especialización mejorada.

Dada la naturaleza de la epidemia, la velocidad con la que se propagó y el grado de temor y la fatalidad que causó, el apoyo psicosocial (PSS) ganó rápidamente prominencia como una intervención prioritaria en Liberia, Sierra Leona y Guinea. Ese protagonismo, basado en las responsabilidades dentro del marco corporativo

de la respuesta a la emergencia de UNICEF y los *Compromisos Básicos para la Infancia*, existía la expectativa de que el Programa de Protección Infantil lideraría la definición e implementación de la respuesta. Pero persistió la ambigüedad sobre el SMAPS durante la respuesta a la EVE: qué era exactamente y por qué y cómo aplicarlo en el contexto de una emergencia de salud pública. Esta era otra área del programa que sufría de una falta de coordinación entre los actores de salud y protección infantil.

Aunque las intervenciones de SMAPS fueron incluidas en el Programa de Protección Infantil basado en acogimiento en centros de atención y en la comunidad, cuando se establecieron, no estaban disponibles en los servicios de salud como las Unidades de Tratamiento del Ébola (ETU) y los Centros de Atención Comunitaria (CCC). El nivel de conocimiento sobre SMAPS al inicio de la emergencia (ej. familiaridad con las Directrices del Comité Permanente entre Organismos -IASC- para el SMAPS) fue muy limitado. Muchos de los encuestados en la Evaluación de Lecciones Aprendidas para este informe comentaron que la ambigüedad, la confusión y las diferencias de percepción sobre el SMAPS obstaculizaron la implementación del Programa de Protección Infantil.

5. El apoyo familiar y comunitario en la emergencia debe estar vinculado a los sistemas de protección infantil a largo plazo

A lo largo de la respuesta de Protección Infantil, acertadamente se dio prioridad a brindar cuidado y apoyo a los niños en sus familias, dentro de sus comunidades. Los servicios en el *Paquete Mínimo de Servicios* incluyeron: manejo directo a los casos de los niños y las familias con mayor riesgo; Servicios de Localización y Reunificación Familiar (FTR); actividades de SMAPS comunitarias y el establecimiento y apoyo de estructuras comunitarias de apoyo infantil como los Comités de Bienestar Infantil (Liberia y Sierra Leona) y los Consejos de Protección de las Aldeas (Guinea). El apoyo al seguimiento y el monitoreo de las estructuras comunitarias a mediano y largo plazo continuarán siendo esenciales como la primera línea para las necesidades de cuidado y protección infantil. El cuidado y el apoyo de la comunidad es la columna vertebral del sistema nacional de protección infantil, que evolucionará progresivamente con una fuerza laboral de bienestar social fortalecida, basada en la plataforma establecida por el Ébola. Pero esto llevará tiempo y mucha más inversión de los respectivos gobiernos, a pesar de algunas señales positivas dentro de los Planes de Recuperación del Ébola.

6. Los sistemas de actividades programáticas de protección infantil para la entrega de subsidios en efectivo y suministros necesitan refuerzo.

En el contexto del *Paquete Mínimo de Servicios*, se proporcionó un subsidio en efectivo a una familia que cuidaba a un niño(a) que había perdido a uno o ambos padres/cuidadores debido al Ébola. En general, los subsidios en efectivo, si se entregaban a tiempo, se consideraban un apoyo viable y útil. Los subsidios fueron más efectivos cuando se otorgaron en pagos periódicos con

el suficiente apoyo de seguimiento de un trabajador social como parte de una estructura de entrega y un sistema de monitoreo sólidos. Junto con las subvenciones en efectivo, generalmente se entregaron kits para las familias, lo que, como ya se mencionó, fue generalmente apreciado.

Sin embargo, en el futuro, se debería revisar cada tipo de kit para identificar los contenidos más apropiados y orientar la toma de decisiones sobre compras locales o en el extranjero. Se pensó que algunos elementos de los kits eran culturalmente inapropiados y algunos kits tenían contenidos que se desmoronaron rápidamente. A pesar del beneficio del dinero en efectivo y los insumos materiales proporcionados a las familias, los procesos relacionados con la adquisición, distribución, monitoreo y administración constituyeron una importante pérdida de recursos del programa. La protección infantil tiene una experiencia relativamente limitada en estas áreas en comparación con otros sectores como la salud y la educación. Una sólida lección aprendida de la respuesta a la EVE fue fortalecer estos procesos y los sistemas en los programas de emergencia de protección infantil.

7. Acogimiento en centros de atención: un servicio de último recurso

Los centros para niños separados y no acompañados fueron el último recurso cuando las opciones familiares o comunitarias no fueron posibles. Inicialmente, el mayor incentivo para establecer centros provino de una situación alarmante en el pico del brote: las ambulancias traían a familias enteras a las Unidades de Tratamiento del Ébola (ETU) y los padres infectados fueron ingresados al centro con sus hijos e hijas no infectados.

Los niños estuvieron expuestos a un entorno muy peligroso sin ningún lugar a donde ir, sin documentación básica de su residencia familiar o miembros de la familia ampliada que pudieran ofrecer cuidado alternativo.



una maestra mide la temperatura de una estudiante antes de ingresar a la escuela en Forecariah, Guinea.

© uNICEF/uN024517/La Rose



Sierra Leone, (centro, de izquierda a derecha) un trabajador de salud con equipo de protección personal le da medicina a un bebe, comunidad de Helemorie en el distrito de Tonkolili. (26 de abril, 2015)

© UNICEF/UN183982/Bindra

En retrospectiva, los sistemas para registrar familias y facilitar su conocimiento sobre el control de infecciones en el momento que estaban preocupadas por la infección (como se indicó antes, basado en vínculos más sólidos entre una respuesta médica y de protección infantil) pudieron haber reducido el número de niños colocados en centros o fuera del cuidado familiar. El tiempo que los niños pasaron en los centros podría haberse reducido, si se hubiera iniciado sistemáticamente la localización de la familia desde el momento de la admisión del niño a los centros (diseñados para la atención en cuarentena), sin esperar la transferencia a las instalaciones de acogimiento a largo plazo.

En Guinea, donde había menos niños colocados en los centros, la movilización de un pequeño grupo de cuidadores sustitutos temporales de emergencia en las cercanías de las ETU fue una buena práctica. Esto no solo era socialmente más aceptable sino también más eficiente en función de costos.

8. Datos precisos y oportunos son esenciales

La gran cantidad de casos y la velocidad y la propagación geográfica de la epidemia crearon desafíos únicos en el manejo de los datos. No se recopilaban ni se compartieron sistemáticamente datos sobre "los niños

y niñas afectadas por la EVE" para orientar la respuesta a la EVE. Sin datos diarios precisos, no existe un mecanismo para guiar, planificar y llevar a cabo intervenciones. Cuando la capacidad técnica para el manejo de la información fue fuerte o preexistente para la protección infantil, la respuesta del programa fue más eficaz y mejor focalizada. En retrospectiva, UNICEF debería haber desplegado al inicio de la respuesta a un Administrador de Información dedicado a la protección infantil: una lección aprendida de esta emergencia, como lo ha sido en muchas anteriores.

Mucho se puede hacer para ampliar las herramientas de recopilación de datos existentes (por ejemplo, PRIMERO y RapidPro) durante los períodos que no son de emergencia para fortalecer la recopilación y manejo de datos generales, así como para familiarizar al personal con enfoques y tecnologías simples. Cuando un país se enfrenta a una emergencia humanitaria a gran escala, tales herramientas son potencialmente ágiles y lo suficientemente ligeras para ser adaptadas a un contexto de emergencia.

9. Coordinación para mejorar la eficiencia: nivel regional, nacional y descentralizado

La recopilación eficaz de datos está estrechamente vinculada con una coordinación eficaz. Cuando la coordinación funciona, los datos fluyen. Así como el Administrador de Información es un perfil esencial en la respuesta a emergencias, también lo es un Oficial de Coordinación, con o sin la designación de los arreglos del grupo sectorial para emergencias. A nivel nacional, la coordinación debe estar estrechamente articulada con el nivel descentralizado, para garantizar que la planificación de la respuesta nacional se focalizará en las áreas de mayor necesidad. Esto resultó particularmente desafiante en el contexto de una epidemia que se extendió por todo el país tan rápido como el Ébola, cambiando su epicentro en el pico del brote de maneras impredecibles.

En Sierra Leona, cuando el Centro Nacional de Respuesta a Emergencias (NERC) se unió a los Centros Distritales de Respuesta a Emergencias (DERC), la coordinación entre los niveles nacionales y distritales, así como entre las diferentes intervenciones del sector mejoró progresivamente. La proximidad de los Escritorios de Protección dentro de los DERC a otras partes de la respuesta garantizó una respuesta más rápida y mejor para los niños, niñas y familias vulnerables.

En los tres países afectados, el nivel regional (ej. la Oficina Regional de UNICEF para África Occidental y Central) hizo el esfuerzo de facilitar el aprendizaje y la coordinación en tiempo real. Pero en general, había una "visión centrada en el país" que permeó gran parte de la respuesta a la EVE. Para responder a una epidemia de rápida evolución y que traspasó fronteras, la coordinación y el intercambio entre países deberían haberse gestionado sistemáticamente. La situación de la EVE no tenía precedentes; El personal encargado de desarrollar estrategias se habría beneficiado de una mejor colaboración en todos los países.

Con respecto a la respuesta de Protección Infantil, la Reunión Transfronteriza de Freetown (convocada por UNICEF en noviembre de 2014) desarrolló un marco estratégico conjunto para los tres países afectados por la EVE a lo largo de planes de acción específicos para cada país. Sin embargo, un proceso estructurado, continuo y sistemático de intercambio entre los tres Programas de Protección Infantil a nivel técnico fue limitado. Los Procedimientos Operativos Estándar (POE) o los lineamientos técnicos para las prioridades del marco estratégico no fueron desarrollados conjuntamente por diferentes programas de protección infantil. En general, el trabajo técnico para traducir el marco regional en POE y las directrices nacionales fueron realizadas por separado por cada país, sin ningún mecanismo más allá de las misiones de la Oficina Regional para comparar notas entre ellos.

10. El financiamiento oportuno e inmediato es clave para una respuesta a la epidemia

Este informe documenta el financiamiento general que UNICEF recibió para la respuesta a la EVE y los porcentajes asignados a protección infantil (que aumentaron progresivamente, alcanzando un pico del 10 por ciento de la contribución total a la EVE para agosto de 2015). La relevancia de la protección infantil no fue suficientemente reconocida durante el pico de la epidemia (Oct / Nov 2014) y no se recibieron fondos significativos hasta finales de 2014. La brecha de financiamiento retrasó el despliegue de los recursos humanos necesarios para el nivel de respuesta y retrasó la firma de convenios con socios, necesarios para responder a las necesidades exponencialmente crecientes. Como resultado, el Programa de Protección Infantil se enfrentó a una acumulación de casos pendientes de atender para el primer trimestre de 2015. Su eficiencia se aceleró por la definición del *Paquete Mínimo de Servicios* durante este período, que coincidió con la inyección de mayores recursos y el despliegue de personal adicional.

11. El reclutamiento y despliegue de personal profesional y bien capacitado es crucial

El reclutamiento y despliegue de personal profesional bien capacitado para la respuesta a la EVE dependía de tres cosas: aseguramiento de la seguridad del personal (es decir, evacuación médica, instalaciones de tratamiento para el personal, lugar declarado lugar de destino sin familia); financiamiento suficiente; y la disponibilidad de personas con la experiencia adecuada.

La contratación de personal profesional calificado se volvió eficiente y se agilizó cuando se pusieron en marcha seguros relacionados con la salud y cuando aumentó el financiamiento, pero la rotación de personal fue muy alta. Particularmente al inicio de la epidemia, el personal que tomaba las decisiones a menudo ya se había ido para cuando se implementaron las decisiones y se presentaron las repercusiones.

El rol del "personal especialista en emergencias" que llegó de otras oficinas de país de UNICEF fue fundamental, permitiendo un despliegue rápido sin largos procedimientos contractuales (aunque el procedimiento de emergencia de Nivel 3 apoyó el proceso). El personal desplegado, familiarizado con los procedimientos de UNICEF les ayudó a empezar a ejecutar rápidamente. Para los oficiales nacionales que vinieron como personal especialista en emergencias de otros países, la respuesta fue un pedaleo importante para el desarrollo profesional. Para el personal nacional recién contratado en los tres países afectados, el nivel disponible de recursos financieros y humanos en el Programa de Protección Infantil, si se gestionó bien, permitió una oportunidad de aprendizaje concentrada.

La Evaluación de Lecciones Aprendidas destacó los perfiles específicos requeridos para una respuesta de Protección Infantil en una emergencia de salud pública: experiencia con SMAPS, trabajo con niños no acompañados y separados, manejo de información y experiencia en coordinación. Además, la experiencia demostró que, para emergencias de magnitud significativa, el despliegue de un miembro del personal experimentado (nivel P4 o superior) para brindar apoyo administrativo al Jefe de Protección Infantil es invaluable para aliviar la tensión de las relaciones con los socios y las responsabilidades administrativas y de recursos humanos que vienen con equipos y presupuestos en rápido crecimiento.

12. La respuesta a la epidemia debe basarse en la infraestructura y la capacidad gubernamental existente

Al abordar el tema más amplio del recurso humano a nivel nacional, una estrategia primordial y eficaz fue apoyar a los ministerios gubernamentales relevantes a aumentar el personal de trabajo social. Dentro de la respuesta de protección infantil, los gobiernos de Liberia, Guinea y Sierra Leona recibieron apoyo para aumentar el número de trabajadores sociales, 120 trabajadores más en Guinea, 108 en Liberia y 26 en Sierra Leona. El sistema de apoyo al seguimiento de nivel medio también se fortaleció con oficiales experimentados a nivel de condado /distrito/ prefectura, con el apoyo adicional de las ONG.

La experiencia con los trabajadores sociales durante la respuesta al EVE debería aportar prudencia sobre la tendencia durante una respuesta humanitaria en concentrar los recursos limitados en el desarrollo de nuevos cuadros de personal (movilizadores sociales, trabajadores de PSS, trabajadores para la localización de la familia y reunificación, etc.) A menudo este enfoque es a expensas de construir un sistema eficaz de trabajo social basado en las estructuras y servicios *existentes*, aunque esté agotado. Las emergencias son a menudo exactamente el momento adecuado para establecer una plataforma para realizar reformas a más largo plazo.

RECOMENDACIONES

1. Las futuras emergencias de epidemias o de salud pública requieren una respuesta multisectorial que se alinee con los Compromisos Básicos para la Infancia en las Actividades Humanitarias (CCC) de UNICEF y las responsabilidades específicas de Protección infantil. La respuesta debe garantizar un cuidado continuo para el niño o niña en el que las intervenciones médicas, dirigidas por el sector de la salud, trabajen estrechamente en colaboración con los actores de bienestar social y protección infantil para el cuidado y la protección general de los niños y niñas.
2. La Salud Mental y el Apoyo Psicosocial (SMAPS) es una parte esencial del rol de Protección Infantil en una emergencia de salud pública. El personal de UNICEF y sus socios, incluyendo el personal de primera línea del gobierno (ej. trabajadores sociales y trabajadores de salud) deben recibir capacitación en SMAPS para una preparación efectiva ante emergencias, incluyendo el Comité Permanente entre Organismos (IASC) y las directrices nacionales.
3. Para un apoyo continuo a los mecanismos de protección infantil comunitarios que se implementaron durante la respuesta a la EVE, UNICEF y socios deben apoyar a los ministerios relevantes para utilizar los sistemas de manejo de casos para a) identificar y abordar las vulnerabilidades actuales de niñas y niños afectados por EVE registrados, revisar la carga general de los casos en el proceso; y b) ampliar el sistema, incluyendo las herramientas de recopilación de datos para abordar las preocupaciones de protección preexistentes y las agravadas por la epidemia.
4. La asistencia en efectivo y en insumos resultaron ser componentes importantes del *Paquete Mínimo de Servicios*. Las lecciones aprendidas sobre cómo fortalecer la asistencia monetaria y de insumos dentro del programa de Protección Infantil de UNICEF orientarán la preparación para emergencias futuras. Las familias vulnerables que recibieron apoyo monetario a corto plazo durante la EVE deben ser vinculadas con los programas de transferencia social o de protección social en los países.
5. Asegurar una red de cuidadores sustitutos de acogimiento temporal bien distribuidos y capacitados es un componente central de cualquier estrategia nacional para el cuidado alternativo de niños separados y no acompañados. El preposicionamiento de una red de cuidadores de emergencia (listos para aceptar niños con poca antelación por períodos limitados de tiempo), vinculados a un sistema de localización familiar funcional, es una buena estrategia como parte de la preparación futura.
6. El Manejo y Coordinación de la Información son esenciales para el éxito de los programas de protección infantil y durante las emergencias. Los sistemas para ambos deben ponerse en marcha. Un Gerente de información y un Oficial de Coordinación son perfiles no negociables al inicio de la emergencia.



Sobreviviente del Ébola y trabajador social con una niña que quedó huérfana debido al Ébola, Sierra Leona.

© uNiCEf/uNi188073/Getachew Kas

7. A pesar de los procedimientos institucionales para agrupar a Sierra Leona, Liberia y Guinea bajo una emergencia de Nivel 3 y que todos enfrentaban riesgos similares sin precedentes, las llamadas de conferencia a nivel mundial, las células de coordinación regional y los sistemas de gestión del conocimiento no hicieron suficiente intercambio de ideas de la experiencia de los programas para el aprendizaje mutuo y la adaptación en tiempo real. Se requiere más reflexión dentro de la organización para definir el mecanismo más efectivo para operaciones transfronterizas eficientes en un sistema ampliamente definido por los procedimientos para los programas basados en el país.
8. La financiación para la protección infantil no alcanzó los niveles requeridos y llegó tarde: en futuras emergencias de salud pública, una mayor coherencia programática en todos los sectores desde el principio, particularmente entre salud, movilización social y protección infantil, promovería una distribución más equitativa de los fondos para implementar la respuesta conjuntamente, particularmente en el momento de las mayores necesidades.
9. Debido a la naturaleza compleja de la respuesta a la EVE, fue difícil atraer el despliegue oportuno de personal con los perfiles correctos y la alta rotación

del personal fue un problema. La lista de emergencia existente con los turnos para el personal de Protección Infantil debe resaltar la experiencia para su ubicación en emergencias de salud pública. En el futuro, se sugiere establecer un período mínimo para la implementación (por ejemplo, tres meses) pero lo ideal sería seis meses, a la vez que se reconoce que, en ciertos casos, las misiones específicas a corto plazo son útiles.

10. Una respuesta de emergencia debe basarse en las capacidades nacionales existentes. Es necesario equilibrar cuidadosamente la dependencia de las ONG y el personal de proyectos, que puede complementar el personal existente y acelerar la respuesta, con un apoyo bien medido y dirigido a los trabajadores sociales existentes, aumentando el número y la capacidad de este equipo limitado como parte del fundamento para un sistema de bienestar social sostenible.
11. El Anexo IV presenta una lista parcial de Procedimientos Operativos Estándar (POE), lineamientos técnicos y estrategias de programas desarrolladas en los tres países afectados por la EVE. Se recomienda que, como siguiente paso para la Evaluación de Lecciones Aprendidas, estos documentos se revisen y se verifiquen técnicamente para desarrollar un conjunto de "herramientas" comunes adaptadas a la respuesta de Protección Infantil en emergencias de salud pública, incluyendo SMAPS, cuidado comunitario y acogimiento en centros de atención y el manejo de casos,

coordinación y manejo de información. Idealmente, las herramientas, basadas en las mejores prácticas desarrolladas en la respuesta al Ébola, se alinearán y consolidarán en un "kit" específico para futuras emergencias de salud pública. Las herramientas también podrían ser afinadas con solo la información esencial sobre las principales intervenciones y ser incluidas en los marcos normativos existentes para la respuesta de Protección Infantil en emergencias.

12. Muchas de las lecciones aprendidas de la respuesta a la EVE requieren tiempo para la reflexión y la verificación y se beneficiarían de un proceso de evaluación de impacto. En este sentido, una evaluación de impacto de SMAPS en los tres países afectados sería particularmente útil.

Niños escuchan un programa radial diario organizado por La Radio Rural de uNiCEf forecariah sobre el Ébola, Guinea.

© uNiCEf/Timothy La Rose

