

## CONSIDERACIONES CLAVE: NUEVA EVIDENCIA SOBRE EL RESGUARDO DE GRUPOS VULNERABLES DURANTE EL COVID-19

El término 'resguardo'<sup>a</sup> se utiliza para describir una de las formas de protección de personas con un mayor riesgo de contraer una forma grave de la enfermedad causada por COVID-19, separándolos de la población general. En la publicación anterior de la plataforma *Social Science in Humanitarian Action* (SSHAP) sobre el resguardo, se presentó un análisis inicial de las consideraciones clave sobre el resguardo.<sup>1</sup> Este nuevo análisis debe leerse junto con ese resumen, que define los términos y detalla los principios generales esenciales para comprender el concepto. Incluye qué significa el resguardo, quienes deberían resguardarse y por qué, y cómo las personas de alto riesgo pueden resguardarse. También abarca las medidas de prevención y control de infecciones (PCI), el proceso de implementación, las dificultades inherentes al resguardo y cómo podrían mitigarse. Estos principios generales no se repiten aquí. Mas bien, este resumen, se enfoca en la nueva evidencia respecto al resguardo, incluidas las investigaciones sobre su aceptabilidad social y su implementación. La evidencia utilizada en este resumen surge principalmente de los países de ingresos medianos y bajos (PIMB).

Publicaremos más actualizaciones a medida que haya más evidencia disponible. Comuníquese con SSHAP para proporcionar comentarios, evidencia nueva y para involucrarse. El resumen fue desarrollado para SSHAP por IDS (a cargo de Megan Schmidt-Sane) con Anthrologica (Leslie Jones y Olivia Tulloch). El informe es responsabilidad de SSHAP.

---

<sup>a</sup> El resguardo es un concepto emergente, y no existe un consenso sobre la terminología más apropiada ni muchos ejemplos donde se trata de esta práctica en la lengua española. El concepto de proteger a las personas con un mayor riesgo de contraer una forma grave de la enfermedad causada por COVID-19 a través de su separación de la población general suele llamarse 'shielding' en inglés. En este resumen hemos elegido el término 'resguardo' para transmitir el concepto.

## RESUMEN DE CONSIDERACIONES PARA ADOPTAR EL RESGUARDO

Al considerar el resguardo, es importante prever sus efectos socioeconómicos sobre las personas resguardadas, incluso el bienestar psicosocial, la generación de ingresos, y el acceso a alimentos y a los servicios de salud. Las comunidades y las personas deben considerar estas desventajas ante los efectos positivos del resguardo en el contexto más amplio de las medidas de contención del COVID-19.

- **El resguardo deberá adaptarse** en función a la capacidad estatal y no estatal para proporcionar apoyo económico y social a las personas resguardadas y a su núcleo familiar, y debe diseñarse en conjunto con las comunidades en cuestión. Las principales preocupaciones de esta medida son la **pérdida de formas de sustento** para las personas en resguardo, el posible cuidado no remunerado de los familiares y el impacto económico general en el núcleo familiar. **El apoyo social, médico y práctico es esencial** para garantizar un resguardo efectivo. Sin embargo, podría no ser realista en muchos entornos donde los miembros de la comunidad o aquellos a cargo de la ayuda humanitaria tendrán probablemente un rol significativo. También es importante reconocer que el impacto económico inherente al resguardo será mucho menor que el efecto del confinamiento estricto de toda la población.<sup>46</sup>
- **La terminología y el significado deben expresarse con claridad.** Existe confusión sobre las diferencias entre el resguardo, la cuarentena y el aislamiento. Quienes defienden el resguardo deben comunicar claramente la diferencia entre estas medidas.
- **Es poco probable que las políticas de resguardo obligatorio garanticen su cumplimiento.** Es más probable que la población cumpla con políticas que les permitan a las personas tomar sus propias decisiones sobre el resguardo, basadas en su propia evaluación del riesgo y la situación personal. **La decisión de resguardarse o no debe recaer completamente en la familia y sus miembros de alto riesgo.** Es necesario ofrecer información y apoyo, pero la decisión debe tomarse sin coerción de los líderes locales, las autoridades ni las organizaciones humanitarias.
- **El resguardo exige una gestión intersectorial** y la participación del gobierno, y de los que apoyan desde la sociedad civil y comunidades. El gobierno y los sistemas humanitarios pueden estar mal conectados, pero el resguardo requerirá la coordinación de diversos sectores (por ejemplo, sectores de salud y de agua, saneamiento e higiene (WASH), y sectores social y económico). Un grupo de trabajo para el COVID-19 que incluya a estos diversos actores y sectores podría ser un lugar para promover la gestión, la coordinación y la implementación intersectorial del resguardo.
- **Las organizaciones humanitarias que faciliten el resguardo** deben hacerlo como parte de una respuesta de promoción de salud y de agua, saneamiento e higiene más amplia (incluyendo, por ejemplo, el suministro de agua y jabón, la concientización sobre el COVID-19 y los nexos con la asistencia). Estas otras actividades son puntos de entrada importantes que pueden mejorar la aceptación de la comunidad y generar confianza con la organización humanitaria. Donde el resguardo no es viable o pueda contribuir al nivel de riesgo, las organizaciones deben centrarse en otras medidas de respuesta.

- **En toda intervención de resguardo se debe integrar el análisis constante de los riesgos.** Por ejemplo, si una persona de alto riesgo pierde el acceso a un tratamiento médico esencial a causa del resguardo, el riesgo del resguardo puede superar el beneficio. Según las necesidades y las circunstancias específicas de cada familia y sus miembros, se debe respaldar la decisión de si proceder con el resguardo, o más bien enfocarse en otras medidas de prevención.
- **En algunas poblaciones, el riesgo de violencia doméstica y abuso de mujeres, niñas y adultos mayores ha aumentado durante el confinamiento por COVID-19.** Las personas resguardadas deben recibir información sobre las vías localmente apropiadas para denunciar casos y recibir apoyo de emergencia después de un incidente.

## INTERPRETACIONES DEL RESGUARDO

El resguardo es la práctica de limitar el contacto entre las personas con alto riesgo de enfermarse gravemente y aquellas que tienen un riesgo menor, pero que pueden transmitir el virus. A medida que los países empiezan a flexibilizar las políticas sobre el confinamiento, se ha propuesto el resguardo de los grupos vulnerables para proteger a aquellos en mayor riesgo de sufrir desenlaces graves a causa del COVID-19. Esto permite que el resto de la sociedad y la economía se reactiven.<sup>2</sup> En diferentes contextos, se pueden usar otros términos en lugar de resguardo, y pueden representar diferentes prácticas, como estratificar-y-coraza (*stratify-and-shield*), refugiarse en un ámbito protegido (*cocooning*), confinamiento preventivo (*confinement préventif*), cuarentena a personas de alto riesgo (*quarantine des personnes à haut risque*) o cuarentena reversa (*reverse quarantine*). El resguardo también se puede realizar sin ser identificado por separado, como cuando es parte de un paquete más amplio de medidas para proteger a las personas vulnerables.

El resguardo puede darse en casi cualquier nivel dentro de una comunidad. Este resumen se centra principalmente en el enfoque del resguardo doméstico donde, como se describe en las recomendaciones de London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM),<sup>3,4</sup> las personas de alto riesgo (y posiblemente cuidadores) viven separados de los otros miembros del hogar en una "zona verde" o habitación determinada de la casa. Al mismo tiempo, se aplican medidas específicas de PCI a fin de minimizar el riesgo de infección. Mediante un mecanismo de gobernanza comunitaria, durante este período, las personas resguardadas reciben alimentos, atención médica, servicios de agua y saneamiento, y otros servicios relevantes (según las necesidades locales).<sup>4</sup>

## NUEVA EVIDENCIA DE CONTEXTOS DE PAÍSES DE INGRESOS MEDIANOS Y BAJOS (PIMB)

Aunque al momento de la redacción de este informe el resguardo se habría practicado principalmente en los países de ingresos altos<sup>5-7</sup>, ha comenzado a surgir evidencia desde los PIMB. A continuación, se presentan los casos basados en estudios de aceptabilidad realizados en Sudán, la República Democrática del Congo

(RDC) y el noroeste de Siria, y cierta evidencia de implementación de partes de India, Yemen y Etiopía. En los contextos de PIMB, existen importantes obstáculos prácticos al resguardo. Es posible que no haya suficiente apoyo material y social, o que familias grandes convivan en un espacio limitado. Revisamos la reciente evidencia para comprender las experiencias de quienes participan en las intervenciones de resguardo y, de manera más general, las implicaciones de esas experiencias para la práctica del resguardo en los PIMB.

### **Actitudes de la comunidad y percepciones ante el resguardo: Sudán**

---

En un esfuerzo para mitigar el impacto sobre su crisis económica actual, Sudán recientemente flexibilizó su confinamiento estricto por COVID-19.<sup>8</sup> Antes de este ajuste, se realizó un estudio de investigación cualitativo para explorar la aceptabilidad y la viabilidad del resguardo. Aquí se presentan los hallazgos preliminares.<sup>9</sup> Los participantes eran elegibles para el estudio si al menos un miembro del núcleo familiar presentaba un alto riesgo de sufrir desenlaces graves a causa del COVID-19. Los investigadores descubrieron que hubo variedad dentro del grupo en cuanto a la percepción del riesgo del COVID-19 y la creencia de las personas en la existencia del virus. La mayoría creía que sí existía y que era una amenaza. Otros creían que no existía o no lo veían como un riesgo inmediato para su salud. Si bien había falsas ideas sobre lo que implicaba el resguardo, la práctica era por lo general aceptada, ya que coincidía con un compromiso cultural de proteger a los mayores y los vulnerables.<sup>9</sup> El resguardo a nivel de hogar fue considerado como muy aceptable y viable. Este modelo implica que, por ejemplo, las personas de alto riesgo se resguarden en una habitación específica mientras los otros miembros del hogar se mueven libremente. Por otro lado, la idea de trasladar a las personas vulnerables a otros hogares o instalaciones comunitarias no fue ampliamente aceptada. Como alternativa, también se consideró aceptable designar a una persona para salir de la casa y ocuparse de todas las actividades no domésticas. Esa persona viviría separada en el hogar, lo que permitiría a los demás familiares y personas vulnerables moverse con libertad dentro de la casa. Las recomendaciones clave del estudio para el resguardo incluyeron:

- Involucrar a las comunidades lo máximo posible, en todas las etapas del resguardo.
- Desarrollar estrategias para comunicar los riesgos asociados con el COVID-19 que no infundan miedo, e incluir mensajes adaptados para quienes nieguen la existencia de la enfermedad.
- Promover formas prácticas y concretas del resguardo, asegurándose de comunicar claramente la diferencia entre el resguardo y la cuarentena.
- Brindar alternativas para el resguardo cuando sea aceptable practicarlo dentro del hogar, pero no sea posible por cuestiones de espacio físico o limitaciones económicas. Por ejemplo, una opción podría ser resguardar a la persona vulnerable con la familia extendida si no hay espacio en el hogar de la familia nuclear.
- Ofrecer apoyo financiero y social a las personas resguardadas y a sus familiares. Garantizar la capacidad para seguir proporcionando los servicios, incluso el acceso a la atención médica, la consulta remota con

trabajadores de la salud, el acceso a los alimentos y otras necesidades de nutrición, etc., para "no causar daños" durante el período de resguardo.

- Establecer mecanismos de referencia y responsabilidad para alertar a los sistemas locales de salud sobre los sistemas de respuesta al COVID-19 y conectar a las personas sintomáticas con la atención correspondiente.

### Actitudes de la comunidad y percepciones ante el resguardo: República Democrática del Congo (RDC)

---

En la República Democrática del Congo (RDC), se publicaron dos estudios sobre el resguardo.<sup>10-14</sup> Esta medida se evaluó como parte de un estudio más amplio para entender las percepciones sobre el COVID-19 y las barreras a las medidas de prevención y control en Goma, RDC.<sup>12</sup> Los participantes a menudo confundían resguardo (*quarantaine des personnes à haut risque*) con cuarentena o aislamiento, y era necesaria más información para distinguir estas medidas. La mitad de los participantes se sentía capaz de proteger (resguardar) a un familiar vulnerable y el 22 % creía que el resguardo era una medida preventiva clave. Los participantes expresaron preocupaciones prácticas sobre esta medida, a causa de la falta de espacio suficiente en el hogar<sup>12</sup> y de la necesidad de la provisión de elementos básicos como alimentos, agua y materiales para PCI. El riesgo percibido del COVID-19 era bajo, excepto entre aquellos con una enfermedad subyacente. Además, los participantes del estudio comunicaron la necesidad de tener más información sobre los riesgos del COVID-19 y sobre el resguardo. La aceptabilidad del concepto de resguardar a personas vulnerables fuera del hogar (es decir, en una instalación junto con varias otras personas vulnerables) fue baja (34 %). Las personas mencionaron como razones la inaceptabilidad social y un riesgo elevado de contraer COVID-19 para las personas resguardadas.<sup>12</sup>

Un estudio sobre la percepción del resguardo<sup>10, 11, 13, 14</sup> en cinco áreas en la República Democrática del Congo incluyó un estudio de casos de personas internamente desplazadas en Bunia, provincia de Ituri. Casi todos los participantes (96 %) informaron grandes dificultades para encontrar espacio para resguardarse debido a las condiciones de hacinamiento y la falta de acceso a instalaciones de agua, saneamiento e higiene.<sup>13</sup> El resguardo (*confinement préventif*) sería aceptable si estuvieran satisfechas las necesidades básicas y hubiera espacios privados y seguros. Los participantes también destacaron la necesidad de comunicarse con sus seres queridos durante el período de resguardo. Los miembros de la comunidad identificaron varias estrategias para proteger a los más vulnerables, como la entrega de suministros para higiene y el acceso a protección adicional para cada hogar. La evidencia de la República Democrática del Congo sugiere que:

- Se pueden usar mensajes apropiados para la comunicación de riesgos con el fin de mejorar la comprensión del público sobre el riesgo del COVID-19 y los riesgos específicos para las personas clínicamente vulnerables.
- El resguardo es aceptable dentro del hogar o la unidad familiar. Por el contrario, el resguardo en las instalaciones comunales tiene menos probabilidades de aceptación.

- Se deben tratar los desafíos prácticos de la medida. Es posible involucrar a los socios comunitarios para co-diseñar estrategias localmente apropiadas, encontrar un espacio aceptable y aprovechar los sistemas de apoyo socioeconómicos formales e informales existentes, para garantizar que se satisfagan las necesidades básicas

### Resguardo de personas desplazadas: Noroeste de Siria

---

Las respuestas iniciales a la investigación sobre COVID-19 en el noroeste de Siria (provincia de Idlib) incluyeron la exploración de factores relacionados con la aceptabilidad del resguardo. La evidencia de esa investigación ofreció consideraciones clave para el resguardo en el contexto de campamento de personas desplazadas internamente (PDI).

La investigación indicó que podrían ser necesarias diferentes estrategias de resguardo para los campamentos formales e informales de PDI. La mayoría de los campamentos en el área de estudio eran informales y no ofrecían ni refugio adecuado ni suficiente agua, saneamiento e higiene. El refugio consistía en tiendas grandes y pequeñas, y la falta de espacio suficiente para el resguardo dentro de las carpas es una gran preocupación. El resguardo sería una medida logísticamente complicada en los campamentos informales. Los profesionales de salud sugirieron que una posible manera de practicar el resguardo sería establecer un campamento de aislamiento separado para las personas resguardadas. Sin embargo, es probable que esta estrategia tenga poca aceptación de la comunidad. Además, esto puede implementarse principalmente en los campamentos formales ya que probable que sea complicado en los campamentos informales más dispersos, donde hay poco control sobre quienes entran y salen. Los investigadores también observaron que las personas desplazadas internamente han sufrido múltiples desplazamientos forzados a causa del conflicto. Aplicar medidas de prevención para el COVID-19, como las restricciones de movimiento, podría provocar una falta de control sobre sus propios medios de vida y aumentar los sentimientos existentes de marginalización y falta de autonomía. Además, en este contexto, los intentos de implementar el resguardo podrían ser negativamente percibidos.

El área de Idlib es actualmente controlada por fuerzas de oposición que incluyen a varios grupos armados. El sistema de salud es controlado por organismos civiles independientes (como la Dirección de Salud de Idlib). Dentro de esta gobernanza fragmentada, las recomendaciones de salud pública son imperfectas, tardías y en ocasiones no son completas. La principal preocupación para las personas desplazadas internamente no es el COVID-19, sino cómo encontrar refugio adecuado, y suficientes alimentos y agua. A menudo, el COVID-19 se percibe como un acto de la voluntad divina, y algunos han expresado una falta de control sobre el riesgo. En cambio, creen que Dios los protegerá de subsiguientes formas de sufrimiento.<sup>15</sup> La evidencia de Siria sugiere lo siguiente:

- Se necesitan estrategias diferentes para los campamentos formales e informales. Es poco probable que el resguardo tenga éxito en un campamento informal. Por tal razón se necesitaría un lugar separado para las personas resguardadas, si los residentes del campamento informal lo consideran aceptable.
- Todo esfuerzo para implementar la medida en las poblaciones de personas desplazadas internamente se debe diseñar con consideración de sus experiencias vividas y del impacto adicional que tendría el aislamiento sobre esta población.
- Comunicación clara sobre los riesgos del COVID-19, el propósito del resguardo y los principios esenciales de la implementación.
- El resguardo debe ser diseñado y dirigido en conjunto con la comunidad. Es necesario seguir un proceso liderado por la comunidad, de tal manera de que ellos sean dueños de la estrategia y puedan diseñar las medidas que mejor funcionarían para ellos a nivel local.

### Implementación del resguardo: Kerala y Gujarat, India

---

El resguardo (referido en el país como cuarentena reversa [*reverse quarantine*]) se ha implementado en al menos dos estados de India, mientras que otros están considerando la política.<sup>16</sup> A medida que el confinamiento nacional se flexibilizaba en India, Kerala siguió recomendando activamente que los mayores (más de 65 años) se aislen en el hogar.<sup>17</sup> Los funcionarios locales, el gobierno estatal y los voluntarios apoyaron las necesidades sociales y económicas de las personas resguardadas, por ejemplo entregando alimentos, conforme a la historia de protección social de Kerala para los vulnerables. A pesar de estas medidas, los adultos mayores aislados informaron soledad y dificultades en su bienestar mental. En respuesta, la organización estatal de empoderamiento de mujeres, *Kudumbashree*, lanzó un programa de alcance para mejorar la conexión social entre los mayores.<sup>17</sup> Los departamentos de policía de Kerala también brindaron apoyo a los mayores, entregando medicamentos esenciales y otros suministros. Los policías recibieron capacitación adicional para manejar estos pedidos y para prestar servicios de asesoramiento básico.<sup>17</sup> Además, si bien el resguardo es teóricamente voluntario, se informó el uso de la fuerza policial para hacer cumplir las recomendaciones, incluso amenazas de arresto. En el estado de Gujarat, las áreas rurales del distrito de Ahmedabad empezaron a implementar la cuarentena reversa en mayo, recomendándoles a 200 000 adultos mayores y a 17 000 mujeres embarazadas que se aislaran en el hogar.<sup>18</sup> Allí, los consejos juveniles locales y los profesionales de salud estaban a cargo de implementar la medida y cuidar a los aislados.<sup>19</sup> Al momento de la redacción de este informe, no existe otra información disponible.

### Implementación del resguardo: Yemen

---

Como resultado del conflicto prolongado en Yemen, el sistema de salud nacional está colapsando, la gestión clínica del COVID-19 es débil, y existen muchas dificultades sociales y económicas.<sup>20, 21</sup> No es viable ni realista realizar las pruebas de COVID-19 y el rastreo de contactos en la escala necesaria para ser eficaces. En el norte del país, existe una negación total del COVID-19 y se niegan a informar casos, en parte a causa de la situación política actual. El resguardo se introdujo en 17 distritos, llegando a unas 57 000 personas y dirigido por los

grupos temático de Coordinación y Gestión de Campamentos (CCCM) y agua, saneamiento e higiene al igual que otras organizaciones humanitarias. La implementación del resguardo se inició mediante un proceso de consulta comunitaria en los sitios de personas desplazadas internamente en el distrito de Abs en el norte de Yemen y en la costa oeste del sur de Hudaydah. Las reuniones de consulta fueron facilitadas por organizaciones humanitarias junto con comunidades y líderes locales quienes diseñaron la estrategia de manera conjunta. Como resultado de las consultas, se confirmó que el enfoque culturalmente apropiado para realizar el resguardo sería a nivel de hogar o con la familia extendida.<sup>22-26</sup> El agrupamiento de personas de alto riesgo fuera del hogar no era socialmente aceptable, y decididamente se prefería no mezclarlos con otros hogares debido a normas culturales sobre la privacidad. Entre las familias extendidas que vivían en complejos formados por muchos hogares, se sugirió un refugio para los familiares de alto riesgo, especialmente del mismo sexo.

La evidencia sugiere que el resguardo coincide con una sólida tradición local de proteger a los mayores y a los más vulnerables. En respuesta, las ONG humanitarias locales e internacionales están incluyendo el resguardo en sus políticas y se está considerando para la estrategia de respuesta nacional.

En función de las lecciones aprendidas en los campamentos/sitios para personas desplazadas internamente y asentamientos similares, los actores humanitarios en Yemen han desarrollado una estrategia de implementación del resguardo para las comunidades. Las personas de alto riesgo fueron identificadas, y se realizaron consultas con las comunidades y los hogares. La priorización geográfica se basó en criterios específicos, como áreas de gran densidad de población, centros urbanos, áreas de poco acceso a los servicios de salud y agua, saneamiento e higiene, y áreas de gran vulnerabilidad. La consulta inicial indicó que las autoridades y las poblaciones aceptaban el enfoque. Luego comenzó el registro de las personas de alto riesgo y la implementación del resguardo a nivel hogar. Se realizó monitoreo y evaluación para entender los niveles de cumplimiento y aceptación, y para recopilar las lecciones aprendidas. Las primeras experiencias sobre el resguardo en Yemen incluyen lo siguiente:

- La mayoría de los participantes de los grupos focales eran **conscientes de quién está en alto riesgo** de contraer una forma grave de la enfermedad causada por COVID-19. Los jeques, los líderes comunitarios y las ONG eran fuentes confiables de información y fueron parte de las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria, lo que ayudó a formar estas percepciones.
- La **consulta comunitaria sistemática** fue efectiva para administrar, planificar e implementar el resguardo en Yemen, siempre cuando hubo la participación de personal humanitario que fuera conocido en el ámbito local y que tuviera la confianza de la gente local. La presencia previa de actores humanitarios en un área aumentó la aceptación de la comunidad y así la viabilidad.
- **Se prefirió el resguardo en el hogar**, para mantener la unidad familiar. La idea de un sector "comunal" o zona verde a nivel campamento fue generalmente recibida con duda o preocupación. Enviar a los

familiares a otro lugar también representaría un abandono de los vulnerables, algo socialmente inaceptable.

- **Se debe respaldar a las personas resguardadas que ya reciban apoyo alimentario** con entregas o mecanismos adaptados para prestar asistencia. Se alentó a las autoridades, los líderes y los representantes de la comunidad a apoyar a otras personas para acceder a los alimentos y a otras formas de asistencia.
- **Las capacitaciones para los puntos focales comunitarios y los mensajes sobre PCI relacionados con el resguardo se adaptaron a este contexto.** Abarcaron el lavado de baños, el lavado de manos, la práctica de comer en lugares separados y otros consejos básicos, como la manera de preparar una solución desinfectante. Los mensajes también ofrecieron recomendaciones sobre el cambio de comportamiento de las personas de alto riesgo y la protección del bienestar.
- **Se recomiendan kits de apoyo para aumentar la aceptación de la comunidad y limitar la transmisión de la infección.** Los hogares con un miembro de alto riesgo en resguardo recibieron un kit de desinfección que incluía desinfectante, guantes de goma de alta resistencia reutilizables, un balde y trapos para limpieza, un cepillo para fregar, bolsas de basura, jabón, jabón en polvo para ropa, una mascarilla y un folleto sobre PCI.
- **El seguimiento diario de las familias donde había personas resguardadas** fue útil para brindar información, entender los obstáculos y discutir los asuntos que requerían seguimiento. El personal de agua, saneamiento e higiene, protección y gestión de campamentos que tiene presencia regular en las áreas de implementación, tanto como conocimiento previo y relaciones con la comunidad, pueden ayudar a entender bien lo necesario en cuanto al apoyo y la información para que la medida tenga éxito.

### El resguardo informal: Evidencia de Etiopía

---

En Etiopía, ha comenzado a surgir evidencia incipiente del resguardo informal, donde el énfasis cultural en las necesidades de la comunidad sobre las individuales ha determinado la respuesta al COVID-19.<sup>27</sup> El resguardo se ha basado en los conceptos previos locales de protección de los mayores y otros grupos vulnerables. Los investigadores han identificado grupos clave para resguardar, incluidos los adultos mayores (más de 60 años) y aquellos con enfermedades graves, que se estima representan el 10 % de la población de Etiopía.<sup>27</sup> Si bien el gobierno nacional todavía no ha implementado formalmente el resguardo, las oficinas regionales de salud les han ordenado a los agentes de salud comunitarios a nivel local informar a los hogares al respecto e identificar a las personas clínicamente vulnerables. Una vez que las personas son resguardadas dentro del hogar, los grupos comunitarios locales y las ONG brindan apoyo básico en forma de alimentos, suministros para la prevención de infecciones y asistencia económica. Aun así, el resguardo es un reto particular para los hogares de bajos ingresos donde las personas en riesgo deben salir del hogar para ganarse el sustento. La capacidad de resguardar también se ve limitada por la cantidad de habitaciones y el espacio disponible en el hogar.

## CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA EL RESGUARDO

La evidencia incipiente sobre el resguardo en los PIMB y los entornos afectados por el conflicto revela que esta medida enfrenta muchas de las mismas dificultades que el distanciamiento físico (consulte el resumen de SSHAP sobre este tema).<sup>28</sup> Sin embargo, presenta obstáculos sociales y prácticos exclusivos. Esta sección revisa algunas de estas consideraciones y sugiere maneras para abordarlas al formular estrategias para el resguardo.

**Confianza:** para que las personas vulnerables acepten el resguardo, las personas de alto riesgo y sus comunidades deben confiar en la respuesta de salud pública y las medidas que deben cumplir. La confianza en el sistema de salud y las autoridades correspondientes promueve la aceptación de las medidas de salud pública<sup>29, 30</sup> y ha resaltado la necesidad de entender mejor el contexto político y económico más amplio de la confianza.<sup>31</sup> **Para permitir el resguardo efectivo, se deben identificar a los actores institucionales y las comunidades que cuentan con la confianza de la población. Ellos deben recibir el apoyo adecuado y la oportunidad de participar en los procesos de toma de decisiones y en la implementación.**<sup>1</sup>

**Identificación y comunicación de riesgos:** la adopción de comportamientos en materia de prevención se correlaciona con el riesgo percibido del COVID-19.<sup>32</sup> Como destaca la evidencia antes presentada, las percepciones del riesgo del COVID-19 son extremadamente variables entre y dentro de las comunidades. Como consecuencia, la comunicación de riesgos debe adaptarse al contexto local, para corregir las ideas erróneas sobre el COVID-19<sup>33</sup> y comunicar correctamente los riesgos a través de los medios preferidos (por ejemplo, radio, afiches). Además, más que solo enfocarse en los riesgos biomédicos, quizás las comunidades quieran considerar las evaluaciones de riesgos multidimensionales<sup>34</sup> mediante herramientas como la desarrollada por RIKA India. Estas herramientas pueden adaptarse al contexto para evaluar los riesgos relacionados con factores clave, como la salud, el comportamiento, la exposición y la política social.<sup>35</sup> En ciertos grupos vulnerables, el resguardo también puede presentar riesgos adicionales, como el abuso. En Colombia, el número de denuncias de la violencia de género aumentó en un 175 % en comparación con el año anterior.<sup>47</sup> Una encuesta en India reveló que el 71 % de los adultos mayores encuestados sentía que los casos de abusos en su contra habían aumentado durante el confinamiento por el COVID-19.<sup>48</sup> **La participación de la comunidad en el diseño y la implementación exigirá planificar los lugares para el resguardo, diseñar los detalles de cómo se va resguardar en la práctica y hacer posible el apoyo para las personas resguardadas, entre otras cosas. Para complementarlo, los gobiernos, los actores humanitarios, los grupos de trabajo y las autoridades locales pueden servir de mecanismos de coordinación y ofrecer apoyo socioeconómico para las familias donde haya personas resguardadas.**

**Resguardo dirigido por la comunidad:** los enfoques de resguardo deben estar dirigido por las comunidades, quienes deben participar en su diseño. No deben ser impuestos verticalmente,<sup>4</sup> más bien es necesario reconocer la dinámica local y las realidades prácticas. La participación de la comunidad debe implementarse desde las primeras etapas de la planificación de la respuesta.<sup>36-39</sup> Una vez que las comunidades estén

involucradas, se pueden identificar estrategias localmente apropiadas para mitigar los problemas, como encontrar espacio físico para el resguardo, mejorar la aceptación del público, comunicar mensajes sobre los riesgos y abordar los impactos socioeconómicos del resguardo. Sin embargo, cualquier estrategia debe evitar un concepto simplista de "comunidad" y en cambio reconocer la heterogeneidad y las tensiones dentro de una comunidad o un espacio doméstico.<sup>38</sup> En particular, se necesitará una cuidadosa consideración de los asentamientos informales. Es probable que haya diversidad de residentes y que tengan necesidad de recursos adicionales para apoyar la implementación del resguardo. Aquí es donde los gobiernos locales y nacionales pueden ofrecer apoyo. **La participación de la comunidad en el diseño y la implementación incluiría planificar los lugares para el resguardo y hacer posible el apoyo para las personas resguardadas, entre otras cosas. Para complementarlo, los gobiernos, los actores humanitarios, los grupos de trabajo y las autoridades locales pueden servir de mecanismos de coordinación y ofrecer apoyo socioeconómico.**

**Conceptos locales de protección y cuidado:** en los PIMB que han probado el resguardo, incluidos los que aquí se mencionan, el apoyo para las personas vulnerables sigue siendo la responsabilidad principalmente de la familia y del núcleo familiar, complementado por mecanismos informales, como lazos familiares más amplios y sociedades de ayuda mutua en la comunidad. Estos sistemas de protección local sirven para mitigar la falta de regímenes formales de bienestar social en áreas donde éstos son prácticamente inexistentes.<sup>40</sup> Se deben aprovechar estos sistemas locales para minimizar el impacto del resguardo. Además, el diseño del resguardo puede basarse en los conceptos locales existentes de protección para los mayores, que han incluido conceptos de respeto y reciprocidad en el cuidado.<sup>41</sup> **Los formuladores de políticas y las comunidades pueden considerar alentar a las familias de personas resguardadas a designar un familiar que asuma el rol de cuidador. Y a su vez ofrecer la capacitación necesaria sobre la prevención y control de infecciones, así como el apoyo social y económico que se requiere.**

**Protección del bienestar y de la salud mental:** desde las etapas iniciales del resguardo, se debe considerar el posible efecto psicosocial de esta medida para identificar a nivel local las barreras al acceso, los riesgos y las necesidades específicas de las personas resguardadas y de sus familias. HelpAge International, una organización que defiende a los adultos mayores a nivel mundial, expresó su preocupación con la idea de destacar a los adultos mayores como grupo para el resguardo. Además, mencionó como preocupante el menor acceso a la atención médica para aquellos que estén resguardados, el probable impacto psicosocial del aislamiento a largo plazo y el potencial de abuso dentro del hogar por parte de los cuidadores. La evidencia incipiente se hace eco de las preocupaciones sobre el efecto a largo plazo del resguardo en torno a la salud mental y la idea de que las personas resguardadas podrían no ser capaces de llevar una vida social y económicamente conectada por un período indefinible.

Existe cierta evidencia de los países de mayores ingresos que han implementado otras clases de medidas de protección para las poblaciones de adultos mayores, con experiencias relevantes al resguardo. En un estudio transversal<sup>42</sup> realizado entre los residentes mayores de centros de atención a largo plazo (LTCF) en Holanda, el bienestar de esta población se vio gravemente afectado. De seis a diez semanas después de la

implementación de una prohibición de visitantes, se informaron niveles altos de sentimientos de soledad, depresión y una gran exacerbación de problemas conductuales y relacionados con el estado de ánimo. Los residentes sin deterioro cognitivo grave parecían ser los más afectados. En otro estudio longitudinal<sup>43</sup> entre personas mayores holandesas que vivían de forma independiente, el sentimiento de soledad aumentó, pero la salud mental permaneció bastante estable. Las pérdidas personales, las preocupaciones sobre la pandemia y una disminución de la confianza en las instituciones sociales estuvieron asociadas con mayores problemas de salud mental y especialmente soledad emocional. Investigaciones etnográficas<sup>44</sup> entre las mismas poblaciones mostraron que, para las personas mayores, no es la muerte lo que encuentran aterrador, sino la imposibilidad de estar acompañadas en el final de la vida a causa de las medidas de aislamiento. Se descubrió<sup>45</sup> que desde el punto de vista de los grupos que sean vulnerables no solo físicamente, sino también socialmente, los mayores desafíos del aislamiento incluyen una pérdida de perspectiva y significado, junto con la pérdida de las actividades diarias y las estructuras. Este grupo incluye personas con problemas psiquiátricos graves y otros problemas de salud mental, al igual que personas sin hogar. En general, la implementación de medidas de aislamiento en Holanda redujo la incidencia de las infecciones de COVID-19 y así la cantidad de muertes en los centros de atención a largo plazo. Sin embargo, se necesita equilibrar mejor la seguridad física y el bienestar, ya que el aislamiento social es una amenaza grave para la salud en sí. **En función de esta evidencia incipiente, resulta necesario implementar un apoyo psicosocial adicional para las personas resguardadas, adaptado a los contextos locales.**

#### Recursos adicionales (ilustrativos, no exhaustivos):

Butler, N., y Tulloch, O. (2020).

Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19.

<https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>.

Chatterjee, R., Bajwa, S., Dwivedi, D., Kanji, R., Ahammed, M., y Shaw, R. (2020).

COVID-19 risk assessment tool: Dual application of risk communication and risk governance. Progress in

Disaster Science, 100109. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100109>.

Health in Humanitarian Crises Centre. (2020).

COVID-19 guidance documents for shielding. <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/health-humanitarian-crises-centre/covid-19-response>

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a los siguientes colegas por sus valiosos comentarios y críticas sobre este documento:

Caroline Favas (LSHTM), Nada Abdelmagid (LSHTM), Mervat Alhaffar (LSHTM), Emma Tuck (UNICEF), Lauren McCarthy (Consejo Danés para los Refugiados), Simone Carter (UNICEF), Daniel de Vries (Universidad de

Amsterdam), Fergus McBean (FCDO), Ron Waldman (Universidad George Washington), Joe Timothy (LSHTM), Ken Bluestone (Age International), Bridget Sleaf (HelpAge), Patricia Conboy (HelpAge), Ivy Chuomo (African Population and Health Research Center), Darryl Stellmach (Médicins Sans Frontières), Ciara Silke (FCDO), Chris Porter (FCDO), Nadeem Hasan (FCDO) y David McConalogue (FCDO).

## CONTACTO

Si tiene una solicitud directa acerca de la respuesta a la COVID-19, relacionado con un informe, herramientas, experiencia técnica adicional o análisis remoto, o le interesaría ser considerado para la red de asesores, comuníquese con Social Science in Humanitarian Action Platform enviando un correo electrónico a Annie Lowden ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) o a Olivia Tulloch ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)). Los puntos clave de enlace de la plataforma incluyen: UNICEF ([nnaqvi@unicef.org](mailto:nnaqvi@unicef.org)), IFRC ([ombretta.baggio@ifrc.org](mailto:ombretta.baggio@ifrc.org)) y el Grupo de Ciencias Sociales para la Investigación de GOARN ([nina.gobat@phc.ox.ac.uk](mailto:nina.gobat@phc.ox.ac.uk)).



Social Science in Humanitarian Action es una alianza entre el Institute of Development Studies, Anthrologica y London School of Hygiene and Tropical Medicine. El financiamiento para promover la respuesta al COVID-19 de la plataforma ha sido proporcionado por Wellcome Trust y FCDO.

## REFERENCIAS

1. Butler, N., & Tulloch, O. (2020). *Considerations and Principles for Shielding People at High Risk of Severe Outcomes from COVID-19*. Consultado en <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>.
2. Jayaram, K., Leke, A., Ooko-Ombaka, A., & Sun, Y. S. (2020). *COVID-19 in Africa: Save lives and livelihoods*.
3. Favas, C., Abdelmagid, N., Checchi, F., Garry, S., Jarrett, P., Ratnayake, R., & Warsame, A. (2020). *Guidance for the prevention of COVID-19 infections among high-risk individuals in camp and camp-like settings*.
4. Favas, C., Checchi, F., & Waldman, R. J. (2020). *Guidance for the prevention of COVID-19 infections among high-risk individuals in urban settings*.
5. Bennett: Isolating the elderly as nation develops herd immunity is key to defeating virus. (20 de marzo de 2020). *i24NEWS*. Consultado en <https://www.i24news.tv/en/news/israel/1584727140-bennett-isolating-the-elderly-as-nation-develops-herd-immunity-is-key-to-defeating-virus>.
6. Israeli soldiers' new frontier: Delivering food to grandma - [www.israelhayom.com](http://www.israelhayom.com). (s. f.). Consultado el 30 de julio de 2020, en <https://www.israelhayom.com/2020/03/25/israeli-soldiers-new-frontier-delivering-food-to-grandma/>.
7. McKeigue, P. M., & Colhoun, H. M. (2020). Evaluation of "stratify and shield" as a policy option for ending the COVID-19 lockdown in the UK. *medRxiv*, 2020.04.25.20079913. <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20079913>.
8. Sudan begins easing coronavirus lockdown measures. (8 de julio de 2020). *Al-Jazeera*. Consultado en

<https://www.aljazeera.com/news/2020/07/sudan-begins-easing-coronavirus-lockdown-measures-200708151450416.html>.

9. *Shielding of high risk groups against COVID-19 infection risk in Sudan - a study of community acceptability and feasibility in Sudan.* (2020).
10. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie de COVID-19: Ville et Commune de Goma, Quartier de Kahembe.* (2020).
11. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Quartier de Mikelenge, Ville de Kindu, Province du Maniema.* (2020).
12. *Perceptions & comportements de mesures de barrières enquête a Goma.* (2020).
13. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Site de déplacé(e)s ISP, Quartier de Muzipela, Ville de Bunia, Province de l'Ituri.* (2020).
14. *Analyse protection a base communautaire en lien avec la pandémie du coronavirus: Quartier de Ndosho, Ville de Goma, Province du Nord Kivu.* (s. f.).
15. Douedari, Y., Alhaffar, M., Al Twaish, M., Mkhallalati, H., Alwany, R., Bte Mohamed Ibrahim, N., ... Howard, N. (2020). Initial responses to the COVID-19 pandemic in northwest Syrian displacement camps: A qualitative study of perceptions and experiences among displaced Syrians. *En preparación*.
16. Raveendran, A. V., & Jayadevan, R. (2020). Reverse quarantine and COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 1323–1325. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.07.029>.
17. Gulia, K. K., & Kumar, V. M. (2020). Reverse quarantine in Kerala: managing the 2019 novel coronavirus in a state with a relatively large elderly population. *Psychogeriatrics*, psyg.12582. <https://doi.org/10.1111/psyg.12582>.
18. COVID-19: In a first, Ahmedabad to implement reverse quarantine for safety of pregnant women, elderly. (3 de junio de 2020). *Financial Express*. Consultado en <https://www.financialexpress.com/lifestyle/health/covid-19-in-a-first-ahmedabad-to-implement-reverse-quarantine-for-safety-of-pregnant-women-elderly/1980109/>.
19. Rural ahmedabad: 'Reverse quarantine' for pregnant women and the elderly, says govt | Cities News, The Indian Express. (s. f.). Consultado el 30 de julio de 2020, en <https://indianexpress.com/article/cities/ahmedabad/rural-ahmedabad-reverse-quarantine-for-pregnant-women-and-the-elderly-says-govt-6439662/>.
20. Snyder, S. (4 de junio de 2020). Yemen faces spread of COVID-19 "with no health care system at all." *The World*. Retrieved from <https://www.pri.org/stories/2020-06-04/yemen-faces-spread-covid-19-no-health-care-system-all>.
21. Coronavirus COVID-19 has made Yemen's health system collapse complete. (2020). *MSF*. Consultado el 13 de julio de 2020, en <https://www.msf.org/covid-19-has-made-yemen-health-system-collapse-complete>.
22. Danish Refugee Council, & Yemen Displacement Response. (2020). *Protecting the high-risk from COVID-19 through community shielding*.
23. Danish Refugee Council, & Yemen Displacement Response. (2020). *Community consultation guide: Community shielding, Phase 1 site level consultation*.
24. CCCM Cluster. (2020). *CCCM cluster guidance on shielding of vulnerable populations in IDP-hosting sites in Yemen*.
25. Danish Refugee Council. (2020). *Yemen displacement response*.
26. CCCM Cluster. (2020). *CCCM Cluster on shielding of vulnerable populations in IDP-hosting sites in Yemen: Initial lessons learnt*.
27. Seifu Estifanos, A., Alemu, G., Negussie, S., Ero, D., Mengistu, Y., Addissie, A., ... Wondimagegn, D. (2020). 'I exist because of we': shielding as a communal ethic of maintaining social bonds during the COVID-19 response in Ethiopia. *BMJ Global Health*, 5(7), e003204. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003204>.
28. Anthrologica. (2020). *Compliance with Physical Distancing Measures for COVID-19 and Implications for RCCE in Eastern and Southern Africa*. Consultado en <https://www.socialscienceinaction.org/resources/compliance-physical-distancing-measures-covid-19-implications-rcce-eastern-southern-africa-april-2020/>.
29. Wilkinson, A., & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14–27.

<https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>.

30. Bargain, O., & Aminjonov, U. (2020). *Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of Covid-19*. Consultado en [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3596671](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3596671).
31. Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especialmente Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46(1), 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>.
32. Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., ... van der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>.
33. Communicating the risks to health posed by COVID-19 is key to protecting populations and mitigating spread. (2020). *Organización Panamericana de la Salud*. Consultado el 10 de julio de 2020, en <https://www.paho.org/en/news/4-3-2020-communicating-risks-health-posed-covid-19-key-protecting-populations-and-mitigating>.
34. Shaw, R., Kim, Y., & Hua, J. (2020). Governance, technology and citizen behavior in pandemic: Lessons from COVID-19 in East Asia. *Progress in Disaster Science*, 6, 100090. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100090>.
35. Chatterjee, R., Bajwa, S., Dwivedi, D., Kanji, R., Ahammed, M., & Shaw, R. (2020). COVID-19 Risk Assessment Tool: Dual application of risk communication and risk governance. *Progress in Disaster Science*, 7, 100109. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100109>.
36. Farrington, M., & Fal Dutra Santos, R. (2020). *Community Engagement During Covid-19: A guide for community facing staff*. Consultado en <https://oxfam.box.com/s/nds89hah3bsxoml9blmhd41762qirhak>.
37. Pedi, D., Gillespie, A., Bedson, J., Jalloh, M. F., Jalloh, M. B., Kamara, A., ... Conte, L. (2017). The Development of Standard Operating Procedures for Social Mobilization and Community Engagement in Sierra Leone During the West Africa Ebola Outbreak of 2014–2015. *Journal of Health Communication*, 22(sup1), 39–50. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1212130>.
38. Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging ‘communities’: anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 20160305. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0305>.
39. Pass the message: Five steps to kicking out coronavirus. (23 de marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Consultado en <https://www.who.int/news-room/detail/23-03-2020-pass-the-message-five-steps-to-kicking-out-coronavirus>.
40. Cohen, B., & Menken, J. (2006). *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research*. Washington, DC: National Academies Press (EE. UU.). Consultado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20296/>.
41. Van Sjaak Geest, D. E. R. (2002). Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 3–31. <https://doi.org/10.1023/A:1014843004627>.
42. Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (s. f.). The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Association*. Consultado en <https://dare.uva.nl/personal/search?identifier=ddc2d984-dec2-474e-be55-76e7070f1b99>.
43. van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2020). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>.
44. Dekker, N. L., Vermeulen, L., & Pols, J. (2020). In and outside the nursing home: On the (im)possibilities of meaningful contact while being held apart. *Somatosphere*. Consultado el 27 de agosto de 2020, en <http://somatosphere.net/2020/in-and-outside-the-nursing-home.html/>.
45. Pols, A. J., & de Vries, D. H. (Eds.). (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. University of Amsterdam.
46. Butler, N., & Tulloch, O. (2020). *Considerations and Principles for Shielding People at High Risk of Severe Outcomes from COVID-19*. Consultado en <https://www.socialscienceinaction.org/resources/considerations-principles-shielding-people-high-risk-severe-outcomes-covid-19/>.

47. Cousins, S. (2020). COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *The Lancet*, 396(10247), 301–302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31679-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31679-2).
48. Pandit, A. (2020, June 15). Abuse has increased during lockdown, say 71% of elderly. *Times of India*. Consultado en <https://timesofindia.indiatimes.com/india/abuse-has-increased-during-lockdown-say-71-of-elderly/articleshow/76377324.cms>.