

Consideraciones clave: Participación infantil en el contexto de brotes de enfermedades en África Oriental y Meridional

SSHAP

Social Science
in Humanitarian
Action Platform

Las estrategias eficaces de participación infantil son fundamentales para optimizar la respuesta a los brotes de enfermedades y minimizar su impacto, y garantizar al mismo tiempo la protección, el bienestar y la resiliencia de las niñas y niños. Cuando estas entienden los brotes de enfermedades, desarrollan una mejor capacidad para afrontarlos, contribuir y recuperarse. Esto promueve su bienestar y los protege y reconoce su capacidad de actuar. La región de África Oriental y Meridional (ESA, por sus siglas en inglés) es propensa a sufrir brotes de enfermedades como el ébola y otras fiebres hemorrágicas, el sarampión, el cólera, el ántrax y la meningitis, que pueden afectar de forma desproporcionada a las niñas y niños. Este informe explora por qué, cuándo y cómo se debe incorporar a las niñas y niños en las fases de prevención, respuesta y recuperación. Basándose en la bibliografía gris y publicada, incluidos informes de proyectos, y en la amplia experiencia de los autores, ofrece orientación para apoyar el diseño y el desarrollo de estrategias de comunicación y participación de temáticas relacionadas con los brotes de enfermedades que se adapten a las infancias. El informe abarca labores que cuentan con la contribución de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años y recomienda tres niveles de participación. Las organizaciones y los profesionales pueden elegir el nivel en función de sus objetivos, recursos y disposición a trabajar con las niñas y niños.

Consideraciones clave

- **Las poblaciones de la región de ESA son más vulnerables a los brotes de enfermedades, y las niñas y niños de la región lo son aún más.** Por eso es importante centrarse en la comunicación de riesgos y participación comunitaria (CRPC) en la región de ESA, especialmente en lo que respecta a la protección y la participación de **las niñas y niños**.
- **La participación de las niñas y niños en las labores de respuesta, especialmente en la CRPC, puede mitigar los riesgos y los efectos adversos que estas enfrentan durante los brotes.** Los enfoques centrados en la niñez priorizan las necesidades y los derechos de las niñas y niños y ayudan a quienes diseñan y ejecutan los programas a tener en cuenta sus experiencias.
- **Incluir a las niñas y niños y comunicarse con ellas antes, durante y después de los brotes mejora su capacidad de acción y fomenta su bienestar y protección.** Cuando las niñas y niños entienden los brotes de enfermedades y pueden prepararse, desarrollan una mayor resiliencia y están mejor preparados para afrontarlos.
- **Las niñas y los niños pueden actuar como agentes de cambio en sus familias y comunidades.** La CRPC centrada en la niñez promueve medidas que estas y sus familias y comunidades pueden adoptar para prevenir los brotes de enfermedades, responder a ellos y recuperarse. Las niñas y niños pueden compartir mensajes de salud clave y promover comportamientos saludables entre sus pares y familiares.
- **La CRPC centrada en la niñez responde a las necesidades de las niñas y niños y de sus familias y fomenta la confianza entre los miembros de la familia y la comunidad.** Cuando se genera confianza, es más probable que se produzcan y mantengan cambios positivos de comportamiento.
- **Las estrategias de participación infantil suelen hacer que la CRPC sea más integradora.** La narración de historias, la elaboración de mapas, las estrategias basadas en

el aprendizaje entre iguales, el entretenimiento educativo (“edutainment” – medios diseñados para educar a través del entretenimiento) y otras técnicas visuales o participativas pueden resultar atractivas tanto para las niñas y niños como para las personas adultas, y pueden ser integradoras para las personas con discapacidad o con bajo nivel de alfabetización.

- **La CRPC debe complementar las labores en materia de salud, educación, protección y esfuerzos de preparación ante desastres y reducción de riesgos.** La CRPC centrada en la niñez puede basarse en la educación sanitaria escolar. Los clubes infantiles, los centros comunitarios y las organizaciones centradas en la niñez pueden promover la CRPC dentro de sus propias instituciones y redes.
- **Es necesario investigar más sobre las estrategias de participación infantil a medida que cambian los panoramas ambiental, político, económico y digital.** Debe darse prioridad a la investigación adicional sobre las prácticas recomendadas de participación infantil, incluida la investigación dirigida por las niñas y niños, para garantizar que las estrategias satisfagan las necesidades cambiantes de las comunidades.

Recuadro 1. Definiciones

La comunicación de riesgos y participación comunitaria (CRPC) es un conjunto de enfoques centrados en la comunicación de riesgos. En el contexto de los brotes de enfermedades, la comunicación de riesgos busca garantizar que las personas dispongan de la información necesaria para protegerse de las enfermedades. Esto incluye el intercambio de información entre personas expertas, funcionarios gubernamentales y personas que corren el riesgo de contraer dichas enfermedades. La participación comunitaria es un conjunto de enfoques utilizados por gobiernos y socios para garantizar que las comunidades colaboren en la prevención, detección y abordaje de los brotes de enfermedades.¹

La participación infantil es un término general que engloba los enfoques que incorporan e involucran a niñas, niños y adolescentes (de 18 años o menos) en las decisiones y acciones que afectan sus vidas y sus comunidades. Esto incluye la prevención, detección y abordaje de brotes de enfermedades. **La reducción del riesgo de desastres (RRD) centrada en la niñez** implica reconocer y aprovechar los derechos, las necesidades y las capacidades de las niñas y niños para reducir el riesgo y aumentar la resiliencia de las comunidades y las naciones. Reduce los riesgos para las niñas y niños mediante la colaboración con ellas.²

El **cambio social y de comportamiento (CSC)** es un conjunto de herramientas y enfoques que se utilizan para generar cambios de manera sistemática abordando retos aparentemente insolubles. Estos cambios pueden producirse a nivel individual, familiar o comunitario; dentro de las organizaciones y entre ellas, y a nivel nacional.³ **El CSC y la CRPC dan mejores resultados cuando se implementan en conjunto** para garantizar que se tengan en cuenta todos los aspectos del comportamiento humano en el desarrollo de sistemas de prevención, gestión y respuesta a la propagación de enfermedades.

Efectos de los brotes de enfermedades sobre las niñas y niños

Las niñas, niños y adolescentes de 10 a 18 años constituyen más del 50% de la población de muchos países de la región de ESA. Aproximadamente 215 millones de menores en edad escolar de entre 5 y 18 años viven en la región de ESA.⁴ En la región también viven más de dos tercios de las niñas, niños y adolescentes con VIH del mundo.⁴ En 2022, los menores de cinco años representaron el 80% de todas las muertes por malaria en la región africana de la Organización Mundial de la Salud.⁵

Se necesitan estrategias de participación infantil para alcanzar a una mayor proporción de la población de la región. Esto es fundamental, dado que se prevé un aumento de los brotes

debido al cambio climático, la inestabilidad política, el aumento de la interacción entre humanos y animales y los desplazamientos. Sin embargo, a pesar de la urgencia, muchos esfuerzos de CSC y CRPC se centran en las personas adultas.⁶ A menudo, el potencial de las niñas y niños para acelerar el cambio en los hogares, influir en las escuelas y movilizar a las comunidades para prevenir y responder a los brotes y recuperarse luego de uno sigue sin aprovecharse.

Las niñas y niños se ven afectadas de forma negativa y a menudo desproporcionada por los brotes epidémicos, y la inmadurez de sus sistemas inmunitarios las hace más vulnerables a contraer enfermedades.⁷ Todos los aspectos de la salud y el desarrollo de las niñas y niños se ven afectados y, cuando las interacciones con sus familias y comunidades se ven perturbadas por un brote epidémico, pueden experimentar retrasos en cuanto a su desarrollo cognitivo, lingüístico y social.⁸ La vulnerabilidad de las niñas y niños puede incrementarse debido a la limitada supervisión de las personas adultas y a su falta de comprensión y capacidad para llevar a cabo los comportamientos seguros. También es posible que no revelen a las personas adultas síntomas que podrían requerir la adopción de medidas.

Las alteraciones sociales y económicas asociadas a los brotes de enfermedades afectan la estabilidad familiar y comunitaria, y repercuten de manera negativa en estas interacciones y en el desarrollo de los menores. A menudo se interrumpe la escolarización. Las escuelas de toda la región estuvieron cerradas, en promedio, unas 22 semanas debido a la pandemia de COVID-19 y las niñas y niños de Uganda, Zimbabue y Mozambique tuvieron que hacer frente a cierres de escuelas de más de 40 semanas.⁹ Los cierres de escuelas siguen produciéndose en el contexto de otros brotes, como el brote de cólera en Zambia y Malawi en enero de 2024.⁹⁻¹¹ En algunos lugares, las escuelas son lugares más seguros desde el punto de vista ambiental, ya que ofrecen un mejor acceso a recursos de prevención de enfermedades, como el agua potable, en comparación con los entornos comunitarios, donde las niñas y niños pueden tener un perfil de riesgo más elevado. Por tanto, la interrupción de la escolarización puede incrementar la vulnerabilidad de las niñas y niños a las repercusiones físicas, psicológicas y sociales de la enfermedad, como la desnutrición y los trastornos de salud mental.

Algunos menores son más vulnerables a las enfermedades que otros. La exposición a una dieta inadecuada en una etapa temprana de la infancia aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles, como la diabetes, en la adultez.¹² La desnutrición y las bajas tasas de vacunación aumentan la vulnerabilidad a los brotes de enfermedades. Las poblaciones con un peor estado de salud general son más vulnerables a experimentar múltiples repercusiones de salud, incluido un mayor riesgo de infección en caso de un brote de enfermedad.

En África Oriental, el 32,6% de los menores de cinco años sufren retraso del crecimiento (una estatura demasiado baja para su edad) y el 5,2%, emaciación (un peso demasiado bajo para su estatura).^{13,14} Estos menores corren un mayor riesgo de infección por cualquier agente patógeno al que se vean expuestos. La etapa de desarrollo en la que un menor se ve expuesto a los brotes de enfermedades también influye mucho en los efectos de estos a largo plazo.¹⁵ Las comorbilidades (coexistencia de dos o más enfermedades, estados o procesos en una misma persona) como el VIH y el COVID-19, así como otras vulnerabilidades relacionadas con el desplazamiento, el género y la situación socioeconómica, agravan el impacto de los brotes en las niñas y niños y sus familias. Las comorbilidades aumentan el gasto sanitario del sistema de salud y de los núcleos familiares, y pueden empujar a las familias a una mayor pobreza.¹⁶

Los brotes de enfermedades perturban la prestación de una atención médica de calidad (sobre todo de los servicios de extensión que se centran en los grupos de más difícil acceso) y agravan aún más los problemas de salud de las niñas y niños y de la población en general. Algunos países reducen la vacunación infantil sistemática durante los brotes de enfermedades, lo que puede deberse a limitaciones financieras y de recursos, como así también a la reducción de la atención médica sistemática para detener la propagación de enfermedades durante los aislamientos y otras restricciones.¹⁷ Esto puede provocar la reaparición de enfermedades como la poliomielitis y el sarampión. La pandemia de COVID-19 tuvo un grave impacto en las tasas

de vacunación sistemática en la región, y una revisión bibliográfica indica un descenso de entre el 10% y el 38%.¹⁸ En total, 12,7 millones de niñas y niños en África no recibieron una o más vacunas entre 2019 y 2021, incluidos 8,7 millones que no recibieron una sola dosis de ninguna vacuna.¹⁹ Esto ha aumentado los brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación: entre enero y marzo de 2022 se produjo un aumento del 400% de las enfermedades prevenibles mediante vacunación en comparación con el mismo periodo de 2021.²⁰

¿Por qué fomentar la participación infantil?

La participación infantil y la adopción de enfoques centrados en la niñez son imprescindibles para mejorar el éxito de las respuestas a brotes de enfermedades. Los enfoques centrados en la niñez dan prioridad a las necesidades y los derechos de las niñas y niños, y garantizan que quienes se dedican a la planificación y ejecución de los programas escuchen sus voces y tengan en cuenta sus perspectivas.²¹

En lugar de ser meras receptoras pasivas de información, las niñas y niños pueden participar y liderar las labores en materia de salud en sus hogares y comunidades. El Marco de Sendai para 2015-2030, un marco global para la reducción del riesgo de desastres (RRD), hace hincapié en las niñas y niños como “agentes de cambio” en la prevención, la respuesta y la recuperación ante desastres como las epidemias.²² Numerosas estrategias, incluidas las empleadas en los ámbitos de la salud, la educación, la protección y la RRD, ofrecen un modelo útil para la lucha contra los brotes de enfermedades en la región. Estas estrategias reconocen el papel que las niñas y niños desempeñan en muchas prácticas relacionadas con las enfermedades, como la recolección de agua, la preparación de alimentos, la interacción con los animales y el cuidado de las hermanas y hermanos.

Las niñas y niños pueden ser eficaces agentes del cambio, ya que pueden influir sobre sus pares y familiares para que adopten comportamientos saludables, como el lavado de manos, el distanciamiento social y el uso de mascarillas.²³ Un padre tanzano que apareció en un estudio de 2008 sobre la promoción de la salud infantil comentó lo siguiente:

Todos estamos de acuerdo en que podemos ser educados por nuestros hijos. En el pasado, esto era inaceptable, pero hemos progresado. Conocemos la importancia de la limpieza. Podemos hacernos el tiempo para aprender de nuestros propios hijos o los hijos de los vecinos.²⁴

Las labores de promoción de la salud centrados en la niñez, como los que se realizan en las escuelas, suelen tener un efecto multiplicador, ya que las niñas y niños transmiten a sus familias la información que aprenden. Una evaluación cualitativa de una intervención escolar en materia de agua, saneamiento e higiene (ASH) llevada a cabo en el este de Zambia reveló que las madres tenían un alto grado de confianza en la información en materia de salud que los alumnos compartían con ellas y que habían aprendido en la escuela.²⁵ Los programas escolares de promoción de la salud suelen combinar la educación en materia de salud con un elemento práctico, como el lavado de manos o el uso de telas mosquiteras, que las niñas y niños pueden enseñar a sus padres y hermanos en casa.^{18,26}

Los enfoques adaptados a la niñez pueden incorporar técnicas que hagan que el CSC y la CRPC sean más integradoras y eficaces para otros miembros de la comunidad en una población más amplia. Los enfoques centrados en la niñez y la adolescencia suelen basarse en métodos artísticos o visuales, la narración de cuentos, las representaciones teatrales y otras técnicas participativas. Estos enfoques suelen recurrir al uso de mensajes sencillos, repetición y cantidades mínimas de texto y apelar a las emociones para atraer la atención de las niñas y niños y personas adultas por igual, incluidas aquellas con bajos niveles de alfabetización y con problemas de visión o discapacidades del desarrollo.

Involucrar a las niñas y niños en la participación comunitaria también puede ayudar a identificar y abordar las necesidades únicas de estas a través del acceso a la educación, la atención

médica y los servicios de protección.²⁷ Los enfoques centrados en la niñez contribuyen a garantizar la protección de sus derechos en el contexto de brotes de enfermedades. Estos derechos incluyen el acceso a la educación y la atención médica, la protección frente a cualquier daño, el respeto a sus opiniones, la libertad de expresión y el acceso a la información (Artículos 12, 13 y 17 de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño).²⁸ Al incluir a las niñas y niños en el diseño y la ejecución de respuestas a los brotes de enfermedades, algo que permite priorizar sus necesidades y derechos, los enfoques centrados en la niñez ayudan a prevenir la propagación de enfermedades y promueven comportamientos saludables, a la vez que mejoran el bienestar de las niñas, los niños y sus familias.²¹

Participación de las niñas y niños en las labores de prevención, respuesta y recuperación

El CSC y la CRPC centradas en la niñez deben formar parte de las labores de prevención, respuesta y recuperación. Un CSC y una CRPC eficaces preparan a las niñas y niños antes de un brote. Estas medidas pueden prevenir o mitigar los brotes mediante el fomento de comportamientos saludables y el refuerzo de los conocimientos sanitarios entre las niñas y niños y sus familias.

Los mensajes de prevención deben aprovechar y complementar las actividades de promoción de la salud o de preparación ante desastres que se lleven a cabo en las escuelas, las organizaciones comunitarias y los centros de salud. Por ejemplo, los programas escolares de ASH suelen promover prácticas higiénicas como el lavado de manos, el uso de agua potable y letrinas y la preparación segura de alimentos. Estas prácticas previenen múltiples enfermedades. La preparación escolar o comunitaria para terremotos, inundaciones o sequías proporciona a las niñas y niños información valiosa sobre qué podría pasar y qué deben hacer en caso de crisis. Los programas escolares de salud suelen incluir vínculos con el sistema de salud para facilitar las campañas de vacunación y promover comportamientos que promuevan la salud.

El CSC y la CRPC pueden preparar a las niñas y niños para responder a los brotes. Estas labores preparan a las infancias para afrontar los rápidos cambios que se producen durante los brotes u otras desastres. Las escuelas, los centros para la primera infancia, los clubes infantiles, los centros juveniles u otros grupos centrados en la niñez disponen de redes preexistentes que pueden mobilizarse antes o durante los brotes de enfermedades. La vacunación u otros servicios rutinarios de salud infantil pueden incorporar a las comunicaciones centradas en la niñez en relación con la prevención y respuesta. La coordinación con servicios o instituciones centrados en la niñez antes de un brote de enfermedad reduce la duplicación y los costes, al tiempo que aumenta el alcance. Estas plataformas proporcionan un acceso rápido a una amplia audiencia de menores y familias.

Durante un brote, los objetivos del CSC y de la CRPC suelen cambiar a menudo para dar cabida a múltiples mensajes y objetivos. Los cambios de comportamiento pueden adquirir una nueva urgencia. También pueden ser necesarias medidas de seguridad adicionales que tengan en cuenta las pautas de salud pública a la hora de diseñar intervenciones de CSC/CRPC centradas en la niñez. Por ejemplo, los simulacros y los talleres interactivos pueden ser una forma eficaz de preparar a las niñas y niños para los brotes de enfermedades e incluirlos en la planificación. Estas intervenciones presenciales o durante reuniones públicas pueden no ser apropiadas durante un brote. Las iniciativas de comunicación deben centrarse en la prensa escrita, la radio, la televisión y las plataformas móviles, pero deben adaptarse a las niñas y niños y junto con estas. También es importante considerar cómo llegar a ellas si las escuelas (y otros espacios infantiles) se cierran durante los brotes y cómo apoyar a las personas adultas (cuidadores y trabajadores de primera línea) para que trabajen con ellas de forma adecuada durante un brote.

Durante y después de un brote, las niñas y niños pueden enfrentarse a la pérdida y el duelo. Además de la salud física, debe tenerse en cuenta la salud mental. Las iniciativas de CSC y

CRPC junto con los servicios de apoyo para la salud mental pueden fomentar los mecanismos de afrontamiento positivos entre las niñas y niños y sus familias. Los brotes de enfermedades pueden causar desde perturbaciones menores a graves, incluida la pérdida de padres o cuidadores. Por desgracia, los comportamientos necesarios para prevenir enfermedades pueden entrar en conflicto con lo que las niñas y niños necesitan para un desarrollo saludable, como socializar y asistir a la escuela. La pandemia de COVID-19 sirvió de estudio de caso a nivel mundial sobre las difíciles disyuntivas que enfrentan las niñas y niños y las comunidades durante un brote de enfermedad. Otros brotes, como el de ébola, han perturbado de forma similar las prácticas consuetudinarias relacionadas con los cuidados, el duelo y la salud mental. Las iniciativas de CSC y CRPC deben equilibrar estas complejas elecciones y, al mismo tiempo, ayudar a las niñas y niños a comprender y afrontar el cambio.

Momentos clave para incorporar a las niñas y niños

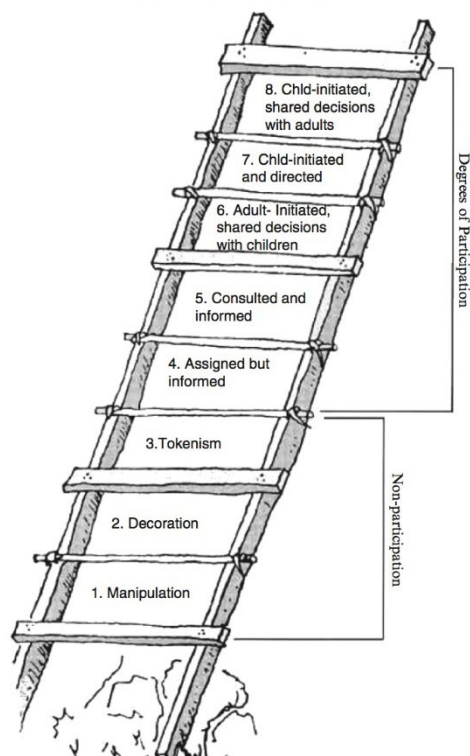
La **Alianza para la protección de la niñez y adolescencia en la acción humanitaria** esboza momentos (u oportunidades) y temas clave para comunicar a las niñas y niños.²⁹ Según esta, hay diferentes momentos clave, durante y después de un brote. El contenido y el contexto de cada uno de estos momentos varía ampliamente y puede representar la comunicación interpersonal entre una persona adulta y un menor o un pequeño grupo de estos, o puede ocurrir a nivel de comunidad o población. La comunicación puede incluir qué precauciones se deben tomar, detalles específicos sobre la naturaleza de la enfermedad y cómo esta puede afectar a cada niña o niño o a sus familiares. También puede centrarse en proporcionar apoyo psicosocial durante o después de un brote.

Cómo lograr la participación infantil: Niveles de participación

Varios marcos globales dan forma a los conceptos de incorporación y participación infantil, entre ellos la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño y Los Nueve Requisitos Básicos para una Participación Ética y Significativa de la Niñez de Save the Children.^{30,31} El Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas consagra el derecho de las niñas y niños a expresar su opinión libremente “en todos los asuntos que las afectan”.²⁸ Artículos posteriores de la CDN describen un conjunto de derechos y libertades civiles, incluida la libertad de expresión, que conceptualizan colectivamente como “participación infantil”.³² La CDN cambió el discurso sobre la infancia, alejándolo de la visión tradicional de las niñas y niños como propiedad de sus progenitores o receptores pasivos de ayuda, para hacer hincapié en que son miembros activos de sus familias y comunidades, con derechos y responsabilidades interconectados.³³ Por ejemplo, el derecho de las niñas y niños a conocer las causas de las enfermedades va acompañado de su responsabilidad de evitar, en la medida de lo posible, acciones que las propaguen.

Los grados de participación infantil suelen visualizarse como una escalera.³⁴ Los peldaños más bajos de la escalera incluyen iniciativas en las que las niñas y niños no participan de forma significativa, como la manipulación, la decoración y el simbolismo. Cada peldaño de la escalera aumenta el grado de participación de las niñas y niños. En los niveles más altos, niñas, niños y personas adultos comparten la toma de decisiones.

Figura 1: La escalera de la participación



Fuente: Hart, R. (1992) *Children's Participation: From Tokenism to Citizenship*. Innocenti Essays - UNICEF, Nro. 4, Florence, Italy: International Child Development Centre of UNICEF.

En este informe, simplificamos la Escalera de la Participación Infantil de Hart, y describimos tres niveles de participación infantil:

- **Las estrategias de nivel 1** consisten en establecer una comunicación con las niñas y niños que sea adecuada para su edad. En la CRPC, esto suele denominarse comunicación adaptada a la niñez.
- **Las estrategias de nivel 2** incluyen actividades que animan a las niñas y niños a emprender acciones concretas, como compartir sus opiniones y experiencias relacionadas con la salud y la enfermedad.
- **Las estrategias de nivel 3** se refieren a procesos a más largo plazo en los que las niñas y niños participan o lideran la prevención, preparación y respuesta a los brotes de enfermedades.

Estos niveles reflejan las estrategias de participación infantil empleadas a menudo en los programas de preparación y RRD. Las estrategias de cada nivel se presentan en las secciones siguientes.

Estos tres niveles pueden orientar la toma de decisiones en torno al CSC y a la CRPC, con actividades o campañas que involucren a las niñas y niños en los distintos niveles. La edad y la madurez de las niñas y niños influyen en su grado de participación. Por ejemplo, la participación de los padres o cuidadores es un factor fundamental para lograr la participación de los menores de tres años. Todas las niñas y niños, y especialmente los más pequeños, se benefician del modelado y la repetición.

Los enfoques dinámicos como el entretenimiento educativo están diseñados para ser atractivos para los núcleos familiares y las comunidades y para generar conversaciones entre estos. Estos enfoques tienen el potencial para mantener la atención de la audiencia, exponerla a mensajes de manera reiterada y crear un compromiso emocional con la causa.³⁵ Estos pueden estar dirigidos a las niñas y niños o a personas adultas jóvenes, como los programas de

entretenimiento educativo relacionados con la salud sexual y reproductiva, como *MTV Shuga*, lanzado originalmente en Kenia e *Intersexions* y *Soul Buddyz* en Sudáfrica, que han demostrado tener un amplio alcance, una gran participación de los espectadores y un impacto positivo en la salud de las personas jóvenes.^{36,37} También pueden aprovecharse las campañas en las redes sociales, los podcasts y las plataformas digitales, como *Shujaaz Inc.* lanzada en Kenia y Tanzania.

Las circunstancias locales y la disponibilidad de recursos pueden influir sobre la participación. Alcanzar los niveles más altos de participación puede resultar difícil durante los brotes de enfermedades o cuando hay limitaciones de tiempo. Esto refuerza la importancia de incluir a las infancias antes de que se produzcan las crisis, de modo que se establezcan las bases necesarias y se genere confianza mutua. Para avanzar con rapidez, es necesario tener experiencia previa o colaborar con organizaciones dirigidas por niñas y niños o adolescencias. Las restricciones a las reuniones presenciales, como las que habitualmente se establecieron durante la pandemia de COVID-19, pueden complicar la participación efectiva, especialmente en el caso de menores muy pequeños, niñas y niños con bajo nivel de alfabetización y aquellos sin acceso a la tecnología móvil. La participación de las niñas y niños en la toma de decisiones sobre el desarrollo de programas puede tener implicaciones para los presupuestos y los entregables del proyecto, y debe incluir procesos adecuados de consentimiento y asentimiento éticos. Las personas adultas deben planificar adecuadamente, adaptarse y estar preparadas para ceder el control. Al igual que la población en general, las niñas y niños necesitan recursos y un entorno propicio para poder implementar medidas preventivas (por ejemplo, solo pueden usar mascarillas y beber agua potable si tienen acceso a ellas). Dar instrucciones a las niñas y niños para que actúen sin asegurarse de que dispongan de los medios para hacerlo sigue siendo un problema.

Estrategias de nivel 1 para una comunicación adaptada a la niñez

Es fundamental tener en cuenta las necesidades e intereses únicos de las niñas y niños en el desarrollo de las intervenciones de CSC y CRPC. Para que el CSC y la CRPC sean eficaces para las niñas y niños, es necesario un enfoque adaptado que tenga en cuenta su edad, género y antecedentes culturales.³⁸ Es esencial utilizar un lenguaje y métodos de comunicación adecuados a la edad y accesibles para las niñas y niños, incluidas las con discapacidad, sin reforzar estereotipos perjudiciales. Esto puede incluir el uso de narraciones, juegos y otras actividades interactivas que ayuden a incorporar a las niñas y niños y a hacer más eficaz el proceso de comunicación.⁵

Las estrategias de nivel 1 garantizan que las niñas y niños conozcan el brote de la enfermedad y sepan qué pueden hacer para mantenerse a salvo. Algunos ejemplos de actividades de CRPC que pueden adaptarse a las necesidades e intereses particulares de las niñas y niños son los siguientes:

- **Narración:** La narración es una forma tradicional de atraer a las niñas y niños y transmitir mensajes importantes, y sigue siendo una estrategia muy eficaz. Se recomienda utilizar historias para enseñar a las niñas y niños sobre los riesgos de las emergencias y cómo protegerse. Por ejemplo, se puede crear una historia sobre una familia que se prepara para una emergencia mediante el armado de un kit de emergencias y la práctica de simulacros de evacuación. Las preferencias comunicativas y el acceso a diferentes canales de comunicación son importantes a la hora de considerar el medio a través del cual contar historias; la radio, la televisión, las redes sociales, los cómics y los libros para colorear pueden servir para preparar a las niñas y niños o ayudarles a entender los brotes de enfermedades y los comportamientos asociados.
- **Personas:** Los personajes afines o con aspiraciones, como los utilizados en los dibujos animados, los cómics y las películas animadas (como *Super Sema*) están diseñados para representar y reflejar las experiencias de las niñas y niños.³⁹ Pueden demostrar cómo estas pueden actuar para promover la salud. Los colores vivos, la música, los diálogos

reconocibles y otros elementos de comunicación indican a las niñas y niños de todas las edades que el personaje les habla a ellas y a sus experiencias.

- **Mensajes simples y claros:** Una CRPC eficaz no tiene por qué ser complicada. A menudo, la prevención de enfermedades depende de una información clara repetida a través de múltiples canales en momentos clave: se pueden hacer muchas cosas para prevenir el contagio, pero hay unas pocas cosas fundamentales que deben hacerse y que deben fomentarse. Las y los educadores pueden hacer hincapié en la importancia de lavarse las manos, y las campañas de vacunación masiva pueden incluir un “puesto infantil” en el que los proveedores de servicios de salud expliquen las medidas clave con demostraciones atractivas y un lenguaje sencillo. La provisión de suministros, como mosquiteros o mascarillas, también puede incluir educación básica dirigida a las niñas y niños.²⁶

Las estrategias de nivel 1 pueden funcionar junto con otros niveles. Por ejemplo, las historias y los personajes deben incorporar detalles de la vida de las niñas y niños, idealmente obtenidos a través de consultas, investigaciones, pruebas y creación conjunta con niñas, niños y adolescentes.

Estrategias de nivel 2 para incluir a las niñas y niños

Las estrategias del nivel 2 piden a las infancias que actúen. Esta acción podría consistir en relatar y reflexionar sobre sus experiencias, como cuando se les pide que cuenten sus vivencias, compartan sus prácticas sanitarias cotidianas u opinen sobre la salud de la comunidad. Las estrategias de nivel 2 pueden utilizarse en las etapas de preparación, respuesta y recuperación. En la etapa de recuperación, las actividades de nivel 2 pueden crear oportunidades seguras para que las niñas y niños compartan experiencias difíciles.

Las estrategias de nivel 2 también apoyan los cambios de comportamiento pidiendo a las niñas y niños que adopten un comportamiento deseado, ya sea temporal o sostenido en el tiempo, y pueden incluir las siguientes acciones:

- **Consultas:** Las consultas con menores añaden una dimensión cognitiva a la comunicación sanitaria que mejora la memoria y la adopción de conductas. Esto les permite considerar, exteriorizar e idealmente reflexionar sobre la información relativa a sus vidas. Las personas adultas pueden utilizar esa información para diseñar y mejorar estrategias y acciones.
- **Actividades artísticas:** Otra recomendación es utilizar actividades artísticas para ayudar a las niñas y niños a expresar sus sentimientos y emociones sobre las emergencias. Por ejemplo, se les puede pedir que dibujen cómo creen que es una emergencia o cómo se sienten durante una emergencia. Esto también puede ayudar a conceptualizar la información y permite a las niñas y niños a desarrollar la información que reciben y aprender a resolver problemas.
- **Juegos:** Otro método es utilizar juegos para enseñar a las niñas y niños sobre la preparación y respuesta en caso de emergencias. Por ejemplo, puede crearse un juego en el que las niñas y niños identifiquen peligros en sus casas y tomen medidas para prevenirlos.
- **Juegos de rol:** Se pueden utilizar juegos de rol para comprender los comportamientos domésticos existentes o pedir a las niñas y niños que compartan cómo podrían mejorarse los comportamientos existentes (por ejemplo, mediante una presentación teatral interactiva). Estas formas de participación suelen tener dos finalidades: evaluar los comportamientos existentes que pueden contribuir a la transmisión de enfermedades y determinar cómo mitigarlos.
- **Simulacros:** Los ejercicios y simulacros preparan a las niñas y niños para los desastres, incluidos los brotes de enfermedades. Los simulacros pueden reducir el miedo a lo desconocido y prepararlas para emprender una acción específica y recomendada, a menudo en grupo, en la escuela, el hogar o la comunidad. Es necesario investigar más

sobre los simulacros, en particular los asociados a enfermedades. (Según un estudio estadounidense, los simulacros de evacuación escolar son eficaces para aumentar los conocimientos de las niñas y niños sin afectar negativamente sus niveles de ansiedad).

- **Educación sanitaria:** La educación sanitaria garantiza que las niñas y niños, sobre todo los mayores, y las y los adolescentes posean los conocimientos científicos necesarios para comprender las enfermedades. Para las niñas y niños más pequeños, esto puede incluir la comprensión de conceptos básicos de nutrición, salud e higiene. La educación sanitaria reduce el riesgo de información errónea y desinformación antes y durante los brotes. Las niñas y niños pueden evaluar la información desde un punto de vista crítico utilizando sus conocimientos previos.

Estas estrategias implican un aprendizaje activo, que mejora la memoria al centrar la experiencia en el cuerpo de las niñas y niños, y hacer uso de la memoria muscular. El modelado y la repetición ayudan a que las acciones se vuelvan automáticas. Por ejemplo, los esfuerzos realizados en las escuelas para promover el lavado de manos a menudo incluyen que educadores den ejemplos de cómo lavarse las manos y luego les den varias oportunidades a las niñas y niños a lavarse las manos a lo largo del día. También se ha demostrado que los “empujones” de comportamiento son muy eficaces para introducir y reforzar conductas como el lavado de manos.⁴⁰

Durante la investigación centrada en la niñez pueden emplearse varias estrategias de nivel 2. Por ejemplo, la investigación puede incluir actividades en las que las niñas y niños dibujen, representen o cuenten historias sobre dónde recogen actualmente el agua o los alimentos. Las actividades de seguimiento pueden incluir preguntas sobre cómo pueden encontrar fuentes de alimentos o agua más saludables. Esto puede proporcionar información sanitaria útil y, al mismo tiempo, incitar a las niñas y niños a pensar de forma crítica sobre las enfermedades.

Estrategias de nivel 3 para una participación y liderazgo infantil

Las estrategias del nivel 3 implican una participación de las niñas y niños y las y los adolescentes de forma más significativa y extensa. Pueden diferir de las estrategias de nivel 2 en cuanto al grado, el enfoque y el método. Pueden involucrar a las niñas y niños durante un periodo más largo, permitiéndoles progresar hasta alcanzar roles y responsabilidades más activos. Las actividades de nivel 3 pueden incluir tareas o proyectos que las niñas y niños puedan dirigir en casa, en la escuela o en la comunidad. Las actividades del nivel 3 pueden animar a las niñas y niños a elegir cómo responder a una cuestión concreta o resolver un problema en la comunidad y pueden incluir lo siguiente:

- **Creación conjunta:** La creación conjunta es un enfoque que puede ayudar a adaptar las estrategias de comunicación y otras intervenciones a las etapas de desarrollo de los menores. La creación conjunta puede utilizarse para incluir a las niñas y niños en el diseño de materiales de CRPC o CSC. Por ejemplo, las niñas y niños pueden sugerir o crear mensajes, obras de arte, actividades y eslóganes, y presentar o contribuir a programas de radio.
- **Talleres interactivos, simulacros, mapeos y planificación de acciones:** Los simulacros y mapeos del nivel 3 se basan en las mencionadas en el nivel 2. En estas versiones, las niñas y niños asumen un papel de liderazgo activo en la planificación y ejecución de los simulacros y la planificación de acciones. Mediante la elaboración de mapas en casa, en la escuela o en la comunidad, las niñas y niños pueden recopilar datos, dirigir encuestas, elaborar mapas y analizar los resultados.
- **Investigadores infantiles:** Las niñas y niños pueden actuar como coinvestigadores junto a las personas adultas o investigar por su cuenta, lo que aumenta su sentido de independencia y garantiza que se exploren sus perspectivas.⁴¹ Las y los investigadores infantiles pueden identificar un tema o pregunta, elegir métodos de investigación, emprender actividades de investigación y analizar los resultados.

- **Enfoques basados en el trabajo entre pares:** La promoción de la salud entre pares, en particular el enfoque niño a niño o los clubes infantiles y de adolescentes, se utilizan desde hace más de 40 años.⁴² Según estimaciones recientes, el enfoque niño a niño se utiliza en 60 países.⁴³ Los enfoques basados en el trabajo entre pares ayudan a las niñas y niños a promover la salud entre pares, tanto entre niñas y niños mayores como pequeños. Esta comunicación puede complementar otras actividades, como la distribución de material. Por ejemplo, los menores pueden distribuir filtros de agua en sus comunidades y explicar su uso.
- **Defensa y movimientos dirigidos por niñas, niños, adolescentes y jóvenes:** Los movimientos dirigidos por las niñas y niños pueden surgir de forma independiente, a partir de enfoques de trabajo entre pares o de movimientos de la sociedad civil. La CRPC puede apoyar a las infancias para que se movilicen y amplifiquen sus voces al tiempo que aborda las causas profundas de los brotes de enfermedades, como el cambio climático, los desplazamientos, las viviendas precarias o la degradación ambiental.

En las estrategias del nivel 3, el papel de las personas adultas puede variar en función de la edad de los menores, la naturaleza del grupo y su disponibilidad para participar en actividades independientes o de colaboración. Las personas adultas pueden participar invitando a las niñas y niños, apoyando la cohesión del grupo, proporcionando orientación inicial y haciendo un seguimiento periódico del trabajo de estas. En otros casos, como el de las niñas y niños pequeños, puede ser necesario que las personas adultas proporcionen una orientación y un apoyo más amplios.

La capacidad de liderazgo de las niñas y niños depende de varios factores: la edad, la madurez, la capacidad de atención y la disponibilidad pueden determinar qué es posible y qué no. Las niñas y niños mayores y las y los adolescentes pueden ser capaces de dirigir procesos de varios pasos, pero a menudo se enfrentan a mayores exigencias de tiempo debido al trabajo y la escolarización. Los grupos de edades mixtas suelen funcionar bien en entornos comunitarios en los que el cuidado de las hermanas y hermanos es habitual.

Cómo lograr la participación infantil: Principios y procesos orientativos

Todos los niveles de participación infantil deben seguir unos principios éticos básicos. Actuar de acuerdo con el interés superior de las niñas y niños constituye la base de toda instancia de participación infantil. Esto significa que la participación debe dar siempre prioridad a las necesidades y los derechos de las niñas y niños. Es importante mantener las siguientes consideraciones en mente a la hora de involucrar a los menores en cualquier nivel de participación:

- **Prácticas sanitarias:** Las actividades de participación infantil deben respetar la normativa local en materia de salud, especialmente durante los brotes de enfermedades. Si las actividades presenciales deben limitarse, debe considerarse la posibilidad de llevarlas a cabo de forma remota o en entornos donde las niñas y niños ya se junten, como las escuelas.
- **Seguridad:** La seguridad puede fomentarse a través de medidas de salvaguardia organizativas y la alineación con los sistemas u organizaciones locales de protección infantil. Las medidas de salvaguardia reducen los riesgos, incluidos los riesgos para la salud, a los que las niñas y niños pueden enfrentarse al participar en las actividades de CSC y CRPC. La salvaguardia debe incluir la planificación para prevenir daños físicos, la explotación y abusos sexuales y otros abusos de poder. La salvaguardia también incluye el desarrollo de un plan de respuesta, que incluye la derivación a servicios de apoyo adicionales.

- **Inclusión y no discriminación:** Las niñas y niños son un grupo diverso. Las capacidades y la vulnerabilidad de las niñas y niños varían y pueden manifestarse de forma diferente según el contexto. El género, la edad, la discapacidad, el origen étnico, la lengua, el nivel de escolarización y el estado civil pueden afectar su grado de participación de las niñas y niños. Utilizar la comunicación interpersonal y múltiples plataformas mediáticas, como la radio, la prensa y la televisión, puede facilitar la inclusión. Las niñas y niños con discapacidades visuales o que no hablan la lengua dominante pueden beneficiarse del uso de sólidos componentes visuales y sonoros. Diversificar la representación de las niñas y niños, incorporar enfoques transformadores en materia de perspectiva de género y evitar los estereotipos comunes puede favorecer la inclusión.
- **Respeto:** La participación efectiva de las niñas y niños parte de un entendimiento común de que estas poseen perspectivas y capacidades valiosas. En la práctica, el respeto suele transmitirse a través del tono de voz, el lenguaje corporal y el uso del espacio. Por ejemplo, la utilización de aulas de clase tradicionales, en los que una persona adulta se sitúa al frente y da información a las niñas y niños, puede establecer un tono de enfoque autoritario que no conduce a una participación respetuosa. Realizar actividades con menores y personas adultas al mismo nivel físico, por ejemplo, sentados en colchonetas formando un círculo en el piso, indica a las niñas y niños que todas las personas tienen el mismo derecho a participar. Las personas adultas que participan en los enfoques de participación infantil pueden necesitar formación en este ámbito para asegurarse de que comprendan y valoren la importancia de demostrar respeto a las niñas y niños.
- **Consentimiento y asentimiento:** Todas las actividades, y en particular las que impliquen la recogida de información, fotografías u obras de arte de menores, deben llevarse a cabo únicamente una vez que estos y sus padres o cuidadores hayan dado su consentimiento informado para la participación de las niñas y niños. La obtención del consentimiento o asentimiento de menores o de sus padres o cuidadores debe adaptarse al contexto local y seguir las prácticas recomendadas. Los menores y sus cuidadores deben recibir información sobre cómo se usará la información, las imágenes o las obras de arte, y los productos finales, como grabaciones audiovisuales o informes de investigación, deben compartirse con las niñas y niños y la comunidad en general.
- **Confidencialidad:** Las niñas y niños pueden no ser conscientes de las posibles consecuencias de compartir información sobre sus vidas, familias y comunidades. Deben establecerse y promulgarse procesos que garanticen la confidencialidad de la información, con el entendimiento de que la confidencialidad puede violarse en circunstancias excepcionales si es necesario para proteger a alguien de cualquier daño. Aquellos menores que participen en actividades grupales también deben comprometerse a respetar la confidencialidad.

Conclusión

Las niñas y niños representan una proporción considerable de la población en los países más afectados por los brotes de enfermedades en la región de ESA. La región es vulnerable a los brotes de enfermedades por muchos motivos, entre ellos los desafíos geográficos, la inestabilidad política y la insuficiencia de recursos del sistema de salud. Esto, sumado a las necesidades y vulnerabilidades específicas de las niñas y niños, significa que estas a menudo experimentan más efectos adversos que las personas adultas durante un brote de enfermedad. Cuando se produce un brote, el desarrollo de las niñas y niños puede verse afectado negativamente; corren un alto riesgo de perder los factores de protección asociados a las familias, sus pares, las escuelas y las redes de apoyo social.

Por lo tanto, los enfoques y estrategias centrados en la niñez son fundamentales para garantizar su protección, bienestar y resiliencia de las niñas y niños en la región de ESA cuando se produce un brote de enfermedad. Estos enfoques también pueden servir para

reducir el impacto negativo de los brotes de enfermedades en la comunidad en general. Sabemos que las niñas y niños pueden ser agentes de cambio cuando participan en el diseño y la ejecución de actividades, materiales y medidas de CSC y CRPC en cada etapa de un brote de enfermedad, desde la prevención hasta la recuperación. Se debe invertir (en enfoques, recursos y capacidades) para garantizar que la participación de las niñas y niños sea la norma.

Las comunidades de profesionales de CSC y CRPC siguen desarrollando formas nuevas e innovadoras de colaborar con las niñas y niños y sus sistemas de apoyo para mejorar los comportamientos que promuevan la salud y responder a situaciones de emergencia. La mejor forma de lograr la participación infantil es mediante el establecimiento de asociaciones sólidas entre los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los profesionales en materia de protección infantil y las comunidades (incluidos educadores, cuidadores y pares).

Las asociaciones eficaces garantizan una mejor coordinación y un diseño de respuestas más estratégico y detallado. Los medios digitales y las redes sociales seguirán afectando la forma en que las niñas y niños se comunican entre sí y con las personas adultas. Al igual que las necesidades y prioridades de las comunidades siguen cambiando con las alteraciones producidas en el panorama económico, político y ambiental de la región de ESA, aún queda mucho por aprender sobre qué funciona eficazmente para lograr la participación infantil en todas las etapas de un brote de enfermedad. Por lo tanto, es prioritario lograr una mejor documentación de las prácticas existentes e investigar más al respecto.

Recursos

Los siguientes recursos ofrecen orientación y ejemplos de materiales para mejorar la protección, participación, comunicación y preparación centrada en la niñez ante brotes y otros desastres.

Las [Directrices sobre el trabajo con personas jóvenes y para ellas en contextos de crisis humanitarias y prolongadas](#) del Comité Permanente entre Organismos se diseñaron como guía de referencia para el trabajo con personas jóvenes en este tipo de situaciones.⁴⁴

La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres comparte una [lista de recursos sobre la participación significativa de las niñas y niños en materia de RRD](#). Los recursos están indexados por tema e incluyen antecedentes sobre los derechos de las infancias; conjuntos de herramientas de participación y evaluación; herramientas y planes de estudio adaptados a las infancias y las personas jóvenes; juegos y directrices; y recursos relacionados con la protección de las niñas y niños y con otros sectores específicos (como ASH, salud y nutrición, etc.).

La Alianza para la protección de la niñez y adolescencia en la acción humanitaria ha elaborado 6 miniguías sobre la protección, defensa y participación de las niñas y niños en los brotes de enfermedades. La serie de miniguías ofrece información valiosa. Las partes interesadas del sector de la salud a cargo del diseño de enfoques de CRPC y CSC podrían encontrar de utilidad lo siguiente:

- [Miniguía #4: Comunicación con niños en los brotes de enfermedades infecciosas](#)
- [Miniguía #6: priorizar la participación infantil en brotes de enfermedades infecciosas](#)

La Iniciativa READY patrocinó tres seminarios web sobre la niñez y los brotes de enfermedades, incluida una sesión sobre la importancia de [las infancias y su protección durante brotes de enfermedades, la protección de las infancias en centros de tratamiento y la comunicación con las infancias en situaciones de brotes de enfermedades](#).

La organización Save the Children International publicó [Los nueve requisitos básicos para una participación significativa y ética de la niñez](#), que fue aprobado por el Comité de los Derechos del Niño de la ONU y está disponible en varios idiomas.

UNICEF publicó una descripción general del [cambio social y de comportamiento](#), así como estudios de casos sobre enfoques de CSC, incluidas las metodologías entre pares.

Referencias

1. WHO. (n.d.). *Risk Communications*. Risk Communications. Retrieved November 25, 2023, from <https://www.who.int/emergencies/risk-communications>
2. Hore, K., Gaillard, J., Johnston, D., & Ronan, K. (2018). *Child-Centred Risk Reduction Research-into- Action Brief: Child-centred disaster risk reduction*. Global Alliance for Disaster Risk Reduction and Resilience in the Education Sector. Retrieved February 15, 2024, from https://www.preventionweb.net/files/61522_childcentredrrr2abriefeng2018.pdf
3. Bertram, K., Serlemitsos, E., & Clayton, S. (2016). *What is Social and Behavior Change Communication*. Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies/learn-about-sbcc-and-emergencies/what-is-social-and-behavior-change-communication/>
4. UNICEF. (2023). *Regional Office Annual Report 2022: Eastern and Southern Africa*. UNICEF ESARO. <https://www.unicef.org/media/140591/file/ESA-2022-ROAR.pdf>
5. UNICEF. (2020, April 20). *Malaria data snapshots: Snapshots from sub-Saharan Africa and added impacts of COVID-19*. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Women and Children. <https://data.unicef.org/resources/malaria-snapshots-sub-saharan-africa-and-impact-of-covid19/>
6. Mora, C., McKenzie, T., Gaw, I. M., Dean, J. M., Von Hammerstein, H., Knudson, T. A., Setter, R. O., Smith, C. Z., Webster, K. M., Patz, J. A., & Franklin, E. C. (2022). Over half of known human pathogenic diseases can be aggravated by climate change. *Nature Climate Change*, *12*(9), 869–875. <https://doi.org/10.1038/s41558-022-01426-1>
7. Carsetti, R., Quintarelli, C., Quinti, I., Mortari, E. P., Zumla, A., Ippolito, G., & Locatelli, F. (2020). The immune system of children: The key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility? *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(6), 414–416. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30135-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30135-8)
8. Alderman, H., Behrman, J. R., Glewwe, P., Fernald, L., & Walker, S. (2017). Evidence of Impact of Interventions on Growth and Development during Early and Middle Childhood. In D. A. P. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. T. Jamison, & G. C. Patton (Eds.), *Child and Adolescent Health and Development* (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525234/>
9. UNICEF. (2022, March). *Impact of Education Disruption: Eastern and Southern Africa- March 2022*, Infographic. <https://reliefweb.int/report/madagascar/impact-education-disruption-eastern-and-southern-africa-march-2022#:~:text=On%20average%2C%20schools%20in%20the,Global%20Monitoring%20of%20School%20Closures.>
10. Lusaka Times. (2024, January 5). *Zambia: Government Postpones School Opening Due to Cholera Surge*. <https://www.lusakatimes.com/2024/01/05/government-postpones-school-opening-due-to-cholera-surge/>
11. Reuters. (2023, January 3). *Malawi delays reopening schools as cholera cases surge | Reuters*. <https://www.reuters.com/world/africa/cholera-deaths-surge-malawi-keeping-schools-closed-2023-01-02/>
12. Dabelea, D., Hamman, R. F., & Knowler, W. C. (2018). Diabetes in Youth. In C. C. Cowie, S. S. Casagrande, A. Menke, M. A. Cissell, M. S. Eberhardt, J. B. Meigs, E. W. Gregg, W. C. Knowler, E. Barrett-Connor, D. J. Becker, F. L. Brancati, E. J. Boyko, W. H. Herman, B. V. Howard, K. M. V. Narayan, M. Rewers, & J. E. Fradkin (Eds.), *Diabetes in America* (3rd ed.). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567997/>
13. Global Nutrition Report. (2022). *Global Nutrition Report | Country Nutrition Profiles*. Retrieved December 19, 2023, from <https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/africa/eastern-africa/>
14. Quamme, S. H., & Iversen, P. O. (2022). Prevalence of child stunting in Sub-Saharan Africa and its risk factors. , Volume 42, 2022. Pages 49-61, ISSN ,. *Clinical Nutrition Open Science*, *42*, 49–61. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.009>
15. Sly, P. D., & Flack, F. (2008). Susceptibility of Children to Environmental Pollutants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1140*(1), 163–183. <https://doi.org/10.1196/annals.1454.017>
16. Watts, C., Atieli, H., Alacapa, J., Lee, M.-C., Zhou, G., Githeko, A., Yan, G., & Wiseman, V. (2021). Rethinking the economic costs of hospitalization for malaria: Accounting for the comorbidities of malaria patients in western Kenya. *Malaria Journal*, *20*(1), 429. <https://doi.org/10.1186/s12936-021-03958-x>
17. Das, U., & Fielding, D. (2024). Higher local Ebola incidence causes lower child vaccination rates. *Scientific Reports*, *14*, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51633-3>
18. Dalton, M., Sanderson, B., Robinson, L. J., Homer, C. S. E., Pomat, W., Danchin, M., & Vaccher, S. (2023). Impact of COVID-19 on routine childhood immunisations in low- and middle-income countries: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, *3*(8), e0002268. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002268>
19. United Nations Children’s Fund. (2023). *The State of the World’s Children 2023: For every child, vaccination*. UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023>
20. WHO Africa. (2022). Vaccine-preventable disease outbreaks on the rise in Africa. *WHO | Regional Office for Africa*. <https://www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa>
21. Save the Children. (2007). *Child Protection in Emergencies Priorities, Principles and Practices*. The International Save the Children Alliance. <https://www.savethechildren.org/content/dam/global/reports/education-and-child-protection/CP-in-emerg-07.pdf>
22. United Nations. (2015). *The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>
23. Milakovich, J., Simonds, V., Held, S., Pickett, V., LaVeaux, D., Cummins, J., Martin, C., & Kelting-Gibson, L. (2018). Children as Agents of Change: Parent Perceptions of Child-driven Environmental Health Communication in the Crow Community. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, *11*(3), 115–127.
24. Mwangi, J. R., Jensen, B. B., Magnussen, P., & Aagaard-Hansen, J. (2008). School children as health change agents in Magu, Tanzania: A feasibility study. *Health Promotion International*, *23*(1), 16–23. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam037>
25. Bresee, S., Caruso, B. A., Sales, J., Lupele, J., & Freeman, M. C. (2016). ‘A child is also a teacher’: Exploring the potential for children as change agents in the context of a school-based WASH intervention in rural Eastern Zambia. *Health Education Research*, *31*(4), 521–534. <https://doi.org/10.1093/her/cyw022>

26. Koenker, H., Worges, M., Kamala, B., Gitanya, P., Chacky, F., Lazaro, S., Mwalimu, C. D., Aaron, S., Mwingizi, D., Dadi, D., Selby, A., Serbantez, N., Msangi, L., Loll, D., & Yukich, J. (2022). Annual distributions of insecticide-treated nets to schoolchildren and other key populations to maintain higher ITN access than with mass campaigns: A modelling study for mainland Tanzania. *Malaria Journal*, 21(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12936-022-04272-w>
27. Moore, T., McDonald, M., McHugh-Dillon, H., & West, S. (2016). *Community engagement Practice Guide*. Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/resources/practice-guides/community-engagement>
28. United Nations Convention on the Rights of the Child, Pub. L. No. General Assembly Resolution 44/25 (1989). <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
29. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2022). *Child Protection in Outbreaks: Communicating with children in infectious disease outbreaks* (Mini-Guide: Communicating). https://alliancecpha.org/en/miniguide_4
30. Save the Children. (2021). *The Nine Basic Requirements for Meaningful and Ethical Children's Participation*. Save the Children's Resource Centre. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/basic_requirements-english-final.pdf/
31. African Union. (1990). *African Charter on the Rights and Welfare of the Child* | African Union. <https://au.int/en/treaties/african-charter-rights-and-welfare-child>
32. Save the Children. (n.d.). *Child Participation*. Child Rights Resource Centre. Retrieved February 2, 2024, from <https://resourcecentre.savethechildren.net/topics/child-participation/>
33. Duramy, B., & Gal, T. (2020). Understanding and implementing child participation: Lessons from the Global South. *Children and Youth Services Review*, 119. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105645>
34. Hart, R. A. (1992). *Children's Participation: From Tokenism to Citizenship* (No. 4; Innocenti Essay). <https://www.unicef-irc.org/publications/100-childrens-participation-from-tokenism-to-citizenship.html>
35. Grady, C., Iannantuoni, A., & Winters, M. S. (2021). Influencing the means but not the ends: The role of entertainment-education interventions in development. *World Development*, 138, 105200. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105200>
36. Kyegombe, N., Zuma, T., Hlongwane, S., Nhlenyama, M., Chimbindi, N., Birdthistle, I., Floyd, S., Seeley, J., & Shahmanesh, M. (2022). A qualitative exploration of the salience of MTV-Shuga, an edutainment programme, and adolescents' engagement with sexual and reproductive health information in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30(1), 2083809. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2083809>
37. Letsela, L., Jana, M., Pursell-Gotz, R., Kodisang, P., & Weiner, R. (2021). The role and effectiveness of School-based Extra-Curricular Interventions on children's health and HIV related behaviour: The case study of Soul Buddyz Clubs Programme in South Africa. *BMC Public Health*, 21(1), 2259. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12281-8>
38. UN Office for Disaster Risk Reduction. (2019). *Words into Action Guidelines: Engaging Children and Youth in Disaster Risk Reduction and Resilience Building*. <https://www.undrr.org/words-into-action/engaging-children-and-youth-disaster-risk-reduction-and-resilience-building>
39. *Tai*. (n.d.). Retrieved March 13, 2024, from <https://www.tai.or.tz/about-us>
40. USAID, IDInsight, & UNICEF. (2020). *Installation Guide to Handwashing Nudges*. <https://www.idinsight.org/wp-content/uploads/2021/05/HandwashingNudgesHowToBookletInternational26.09.2020-2.pdf>
41. Kim, C.-Y., Sheehy, K., & Kerawalla, C. (2017). *Developing children as researchers: A practical guide to help children conduct social research*. Routledge.
42. Pridmore, P., & Stephens, D. (2000). *Children as Partners for Health: A Critical review of the child-to-child approach*. Zed Books.
43. Johnsunerraj, S., Francis, F., & Prabhakaran, H. (2023). Child-to-child approach in disseminating the importance of health among children –A modified systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 116. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_8_23
44. IASC. (n.d.). *With us & for us: Working with and for Young People in Humanitarian and Protracted Crises*, UNICEF and NRC for the Compact for Young People in Humanitarian Action.



Autoras: Este informe ha sido redactado por Elena Reilly (Anthrologica, elenareilly@gmail.com), Elizabeth Serlemitsos (Johns Hopkins University, eserlem1@jhu.edu) y Julieth Sebba Bilakwate (Kilimanjaro Christian Medical University College, julietsebba@gmail.com).

Reconocimientos: Se recibieron comentarios de una gran variedad de personas expertas y el informe fue revisado por Stephanie Bradish (Save the Children), Alexis Decosimo (consultor independiente), Hana Rohan (consultora independiente) Rachel James (UNICEF), Catherine Grant (IDS) y Juliet Bedford (Anthrologica), y editado por Georgina Roche (equipo editorial del SSHAP).

Cita sugerida: Reilly, E., Serlemitsos, E. y Bilakwate, J. (2024). *Consideraciones clave: Participación infantil en el contexto de brotes de enfermedades en África Oriental y Meridional*. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP).

www.doi.org/10.19088/SSHAP.2024.008

Publicado por el Institute of Development Studies: mayo de 2024.

Derechos de autor: © Institute of Development Studies 2024. Este es un informe de libre acceso distribuido de acuerdo con los términos de la Licencia Pública de Atribución/Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY 4.0), que permite un uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite a los autores y la fuente originales y se indique cualquier modificación o adaptación.

Contacto: Si tiene una solicitud directa sobre este informe, las herramientas, la experiencia técnica adicional o el análisis remoto, o si le interesa 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) o a Juliet Bedford (julietbedford@anthrologica.com).

Acerca de SSHAP: La Social Science in Humanitarian Action Platform es una asociación entre el [Institute of Development Studies](#), [Anthrologica](#), [CERCF Senegal](#), [Gulu University](#), [Le Groupe d'Etudes sur les Conflits et la Sécurité Humaine \(GEC-SH\)](#), la [London School of Hygiene and Tropical Medicine](#), el [Sierra Leone Urban Research Centre](#), [University of Ibadan](#), y [University of Juba](#). SSHAP cuenta con el apoyo de la Oficina de Relaciones Exteriores, la Mancomunidad y Desarrollo del Reino Unido y la fundación Wellcome 225449/Z/22/Z. Las opiniones expresadas son las de sus autoras y no reflejan necesariamente las opiniones de los fundadores, ni las opiniones o políticas de los socios del proyecto.

 [@SSHAP_Action](#)

 info@socialscience.org

 www.socialscienceinaction.org

 [Boletín de noticias de SSHAP](#)