

**SOCIAL +
BEHAVIOUR
CHANGE**

ESAR

unicef 
for every child

© UNICEF/UN106272971



Compendio de Mejores prácticas de SBC

África oriental y meridional

Prólogo

Durante décadas, la Sección de Cambio Social y de Comportamiento (CSC) de la Oficina Regional de UNICEF para África Oriental y Meridional (ESARO) ha estado a la vanguardia del campo de CSC, ofreciendo supervisión, orientación y apoyo técnico a 21 Oficinas de País de UNICEF en la región. Trabajando en colaboración con los sectores de Salud, Nutrición, VIH/SIDA, Agua, Saneamiento e Higiene (WASH), Educación, Protección Infantil y Protección Social, el equipo de CSC de ESAR ha empoderado a las comunidades, mejorado los servicios y fomentado un cambio social y de comportamiento positivo para niñas, niños y las comunidades de la región.

Con base en las valiosas ideas obtenidas por los equipos de cooperación Sur-Sur de UNICEF en ESAR, estos estudios de caso abarcan una serie de temas relacionados con la cooperación y presentan recomendaciones para mantener enfoques innovadores. Nuestro objetivo es inspirar a las y los profesionales para que aborden los retos mundiales e impulsen la agenda de la cooperación Sur-Sur hacia marcos más comunitarios y centrados en las personas, contribuyendo así a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). ¡El viaje continúa!

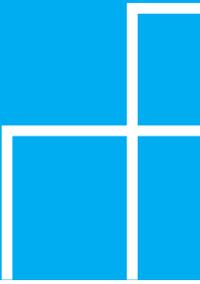
Siddartha Shrestha

Asesor Regional,
Cambio social y de comportamiento
UNICEF ESARO

The logo for ESAR (Eastern and Southern Africa Region) is displayed in a bold, white, sans-serif font. It is positioned in the bottom right corner of the page, which is partially enclosed by a white geometric border consisting of several connected lines forming a stepped shape.

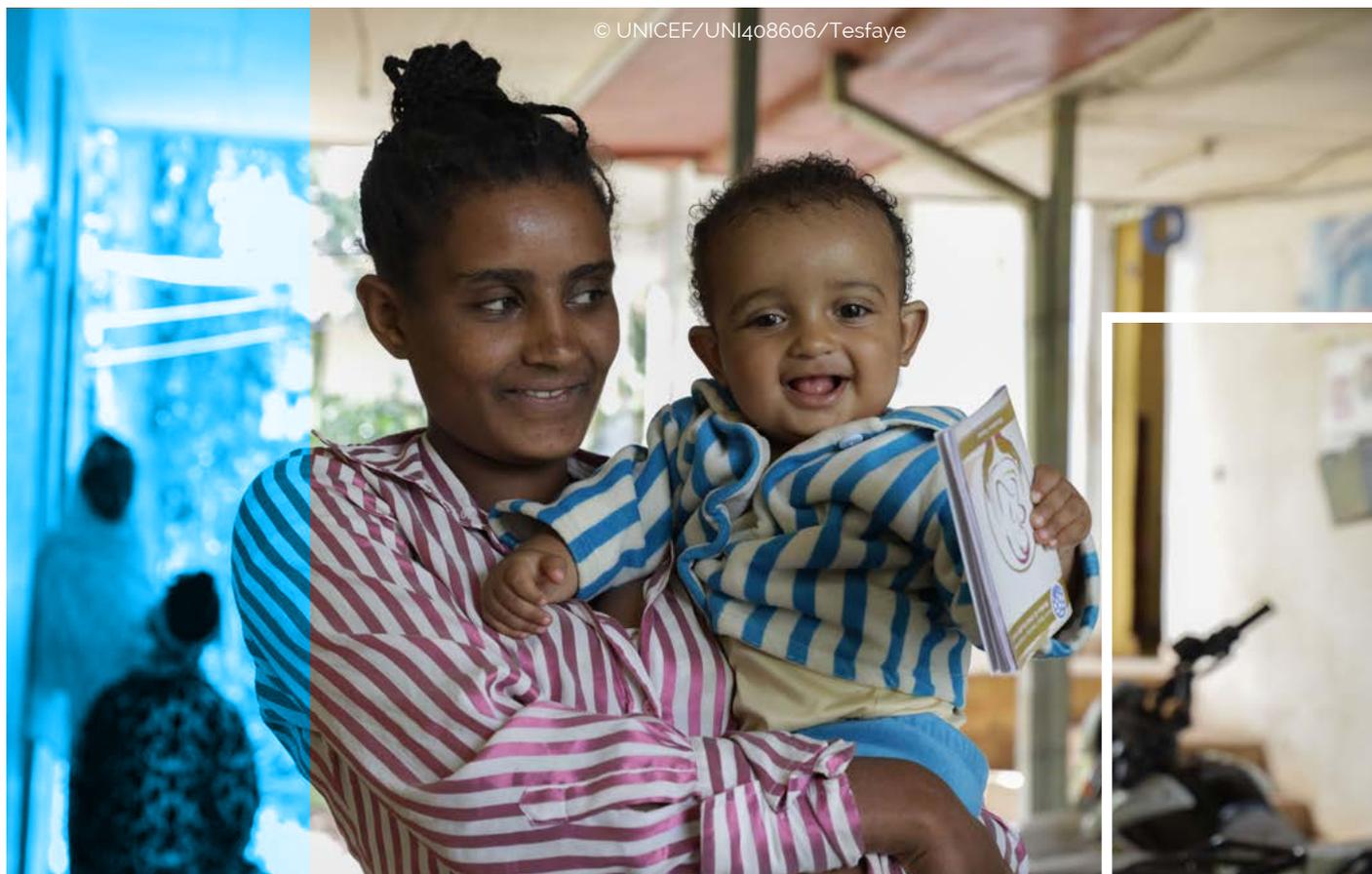
Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Accede a los casos de estudio individuales haciendo clic en cada uno de ellos:



Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Accede a los casos de estudio individuales haciendo clic en cada uno de ellos:





UNICEF Mozambique aborda las causas del matrimonio infantil

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/UN0719464/Chikondi

Breve resumen



Fechas de la actividad
2015 hasta la actualidad



Duración de Investigación de campo
Abril de 2016 a junio de 2017



Presupuesto
USD\$120.000



Contexto

El Matrimonio infantil y el embarazo adolescente siguen siendo importantes problemas de protección de la infancia en Mozambique. Más de la mitad de las niñas se casan antes de cumplir 18 años, y alrededor del 14 por ciento se casan antes de cumplir 15 años. Las provincias

septentrionales registran las tasas más elevadas de matrimonio infantil entre mujeres de 20 a 24 años. Los signos de pubertad se consideran un acontecimiento biológico y social importante en determinar la madurez de las niñas para el matrimonio. Las prácticas socioculturales y las

creencias sobre la preparación de los niños para el matrimonio tras sus ritos tradicionales de iniciación, contribuyen a los altos niveles de matrimonio infantil. Tener hijos a una edad temprana es también una carga social que recae más en las niñas que en los niños.

En julio de 2014, el gobierno de Mozambique lanzó una campaña nacional para prevenir y combatir el matrimonio infantil a nivel provincial, y en diciembre de 2015 se aprobó la primera Estrategia Nacional para Prevenir y Eliminar el Matrimonio infantil (2015-2019), dirigida por el

Ministerio de Género, Infancia y Bienestar Social. Como parte del proceso de desarrollo de la Estrategia nacional, UNICEF llevó a cabo una investigación formativa en Mozambique, de abril de 2016 a junio de 2017, para comprender las causas profundas del matrimonio infantil. Los resultados de la investigación formativa, junto con los datos de la encuesta sobre el SBC y las normas sociales realizada en 2020-2022, sirven de base para el programa sobre matrimonio infantil, que forma parte del tercer Plan de Acción Nacional para la Infancia, cuya aprobación está prevista para 2023.

Enfoque estratégico¹

La primera actividad de la investigación formativa consistió en realizar una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes sobre el matrimonio infantil, las estrategias utilizadas para hacer frente al matrimonio infantil, los estudios que analizaban las normas sociales y de género y las barreras sociales y económicas que fomentan el matrimonio infantil a nivel comunitario e institucional en Mozambique, con el fin de acumular una base de pruebas sobre que construir una estrategia nacional para prevenir y eliminar el matrimonio infantil.

Se llevó a cabo una investigación formativa a nivel del terreno para comprender los factores subyacentes, las motivaciones, las razones socioculturales, jurídicas y económicas para casar a las niñas poco después de la pubertad, y cómo se sienten las niñas con respecto al matrimonio precoz. Se realizaron un total de 86 entrevistas a profundidad y 40 discusiones en grupos focales (por sus siglas en inglés FGD) en cuatro provincias,

Manica, Nampula, Tete y Zambézia, con una muestra total de 406 personas. En la recopilación de datos se incluyeron intencionadamente preguntas sobre la desviación positiva, con el fin de determinar las soluciones existentes para eliminar el matrimonio infantil. Las entrevistas y los FGD se realizaron en la lengua elegida por los entrevistados. El equipo de investigación contaba con dos asistentes de investigación locales (dos por cada provincia y distrito) que ayudaron al investigador principal a realizar las entrevistas y los FGD.

Los resultados de la investigación se triangularon, y las conclusiones del informe de investigación formativa se discutieron durante un taller de validación al que asistieron UNICEF y sus socios. Las conclusiones de esta investigación se utilizaron para desarrollar la estrategia nacional de cambio social y de comportamiento para eliminar el matrimonio infantil en Mozambique.





Principales resultados

Los resultados de la investigación demostraron que los factores que contribuyen a perpetuar el matrimonio infantil son numerosos, multidimensionales y complejos. Por ejemplo, una vez que una niña tiene su primera menstruación, se le considera una mujer preparada para el matrimonio y para tener hijos: no existe un periodo de "adolescencia". Existe una percepción común de que el matrimonio tardío implica el desaprovechamiento de oportunidades relacionadas con tener hijos, por lo que el matrimonio precoz (a los primeros signos de la pubertad) se considera ideal. La presión social, así como la autodeterminación y el prestigio social, también perpetúan el matrimonio infantil. Falta de conocimiento del marco legal, las actitudes y prácticas arraigadas en las tradiciones culturales, las relaciones de género desiguales, el acceso deficiente y desigual a la información, la educación y los servicios sanitarios, y la pobreza son factores clave para mantener la práctica del matrimonio infantil.

La investigación dio lugar a recomendaciones específicas para eliminar el matrimonio infantil, en específico, proporcionar más información, correcta y fácil de entender, sobre la pubertad, no como un marcador de elegibilidad para el matrimonio, sino como un momento de la

vida de una joven que requiere un periodo de crecimiento hacia la madurez biológica y psicológica y para el matrimonio. Se necesita más información entre la población de Mozambique para ayudar a cambiar la noción de que la fertilidad y la fecundidad de una mujer son de corta duración y limitadas, y cambiar las normas sociales (incluyendo la vergüenza, el honor, las bendiciones, el prestigio, etc.) que crean presiones para que una chica se case pronto. Los resultados de la investigación descubrieron casos de desviaciones positivas que percibían al matrimonio tardío como una forma de evitar los riesgos asociados al matrimonio infantil, como las complicaciones durante el parto entre niñas físicamente inmaduras. Estas desviaciones positivas contribuyeron al desarrollo de una estrategia para detectar y distinguir a familias de niñas que no se casan antes de los 18 años.

Los resultados de la investigación se utilizaron para desarrollar un paquete integrado de enfoques e intervenciones de SBC, utilizando los diálogos comunitarios como intervención central comenzando en 2018. Las actividades se centraron en el acceso a la protección, la salud y la educación y otros servicios básicos. UNICEF estableció una asociación con N'weti, una organización no gubernamental nacional, para



abordar cuestiones de género y salud. UNICEF también apoyó al gobierno en el desarrollo de una campaña multimedia nacional para abordar el matrimonio infantil, con la participación de personalidades de alto nivel, como el Ministro de Género, Infancia y Acción Social, la Primera Dama, el presidente del Consejo Interreligioso de Mozambique, profesores y otros actores clave interesados. Además, UNICEF desarrolló guiones sobre el matrimonio infantil y los ritos de iniciación como parte de un drama radiofónico nacional de edutretenimiento, Ouro Negro, y para teatro comunitario, que impulsó el arranque de los diálogos comunitarios para abordar las normas sociales y de género en torno al matrimonio infantil en los distritos objetivo.

El compromiso y los debates generados a nivel de la sociedad entre 2017 y 2019 podrían haberse visto obstaculizados por el paso del Ciclón Idai en 2019, el reciente conflicto militar y el impacto de las medidas de prevención contra el COVID-19, incluido el cierre de escuelas, que provocaron un aumento de los embarazos adolescentes,

un incremento de la pobreza en los hogares y el recurso de las familias a mecanismos de supervivencia, incluido el matrimonio infantil.

Aun así, los esfuerzos combinados de defensoría de UNICEF, el UNFPA y las organizaciones de la sociedad civil condujeron a la aprobación, en 2019, de una nueva ley contra el matrimonio infantil. Los resultados de la investigación también sirvieron de base para un programa de tutoría dirigido por el UNFPA en el marco del Programa Conjunto Rapariga Biz de las Naciones Unidas para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes (por sus siglas en inglés ASRHR) y para los programas de cambio social y de comportamiento dirigidos por UNICEF. Junto con el Ministerio de Educación y en coordinación con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Género y Acción Social, la policía y organizaciones de la sociedad civil, UNICEF desarrolló también un mecanismo dentro de las escuelas para denunciar y remitir casos de violencia y matrimonio infantil y proporcionar acceso a servicios jurídicos y de protección.

86 ENTREVISTAS
A PROFUNDIDAD

y

40 DISCUSIONES EN
GRUPOS FOCALES (FGDS)

se llevaron a cabo
EN CUATRO PROVINCIAS
con un total de

406 INDIVIDUOS

La investigación dio lugar a recomendaciones específicas para eliminar el matrimonio infantil.

Los resultados descubrieron desviaciones positivas que percibían el matrimonio tardío como una forma de evitar los riesgos asociados al matrimonio



Lecciones aprendidas

- 1 La investigación formativa fue decisiva para comprender las razones dadas para casarse antes de los 18 años, con quién se casan las niñas y las razones para no casarse. La investigación destacó factores como el prestigio social y la presión relacionada con los ritos de iniciación y el honor, y razones económicas, para casarse pronto, y las posibles complicaciones en el embarazo y el parto, y la importancia de que una chica continúe sus estudios como razones para no casarse. Para involucrar a actores comunitarios encargados de los ritos de iniciación, UNICEF y organizaciones de la sociedad civil han promovido varias consultas a nivel nacional, provincial y local, pero esto requiere una programación a largo plazo para garantizar un cambio social sostenible.



Recomendaciones

- 1 UNICEF debería invertir en una comprensión más profunda de la interacción entre el género y las normas sociales, y en cómo alcanzar un involucramiento de personalidades para desencadenar el cambio de las normas sociales a escala y acabar con el matrimonio infantil.
- 2 UNICEF y sus socios deben seguir garantizando estratégicamente una participación más sistemática de actores comunitarios encargados de los ritos de iniciación, así como de los hombres y los niños, en la prevención de la violencia de género.
- 3 Se necesita más inversión para reforzar y ampliar los servicios para los adolescentes.

Notas finales

- 1 El informe completo de la investigación formativa puede consultarse en: <https://www.unicef.org/mozambique/media/4931/file/Publication%20Communication%20for%20Development%20Strategy%20for%20the%20Prevention%20and%20Elimination%20of%20Child%20Marriages.pdf>.

UNICEF Etiopía supera la reticencia a la vacuna COVID-19 entre los trabajadores de la salud

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/Ethiopia

Breve resumen



Fechas de la actividad

De abril a noviembre de 2021



Duración

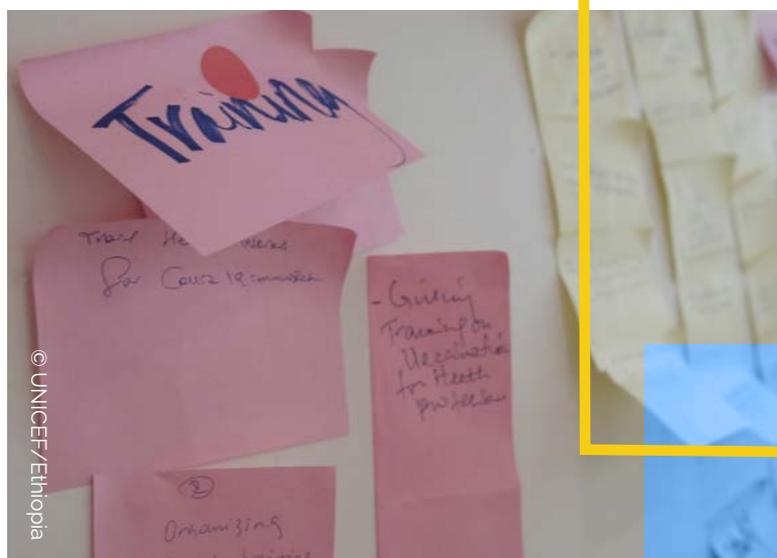
Ocho meses



Presupuesto

USD\$37.800

UNICEF Etiopía llevó a cabo una evaluación cualitativa a profundidad para determinar las razones por las que los trabajadores de la salud no se vacunaban contra el COVID-19. Los zondeos mostraron que la novedad y rapidéz en el desarrollo de la vacuna, así como las dudas sobre su eficacia, eran razones clave de indecisión a la hora de vacunarse. Basándose en los resultados, UNICEF Etiopía apoyó la formación presencial de trabajadores de la salud y buscó el apoyo de asociaciones de profesionales médicos para facilitar el debate interactivo con el personal de salud. Estos esfuerzos contribuyeron a que unos 372.025 trabajadores de la salud se vacunaran contra el COVID-19.





Contexto

Etiopía introdujo la vacunación contra el COVID-19 a mediados de marzo de 2021. A principios de agosto de 2021, más de dos millones de etíopes (menos del 2 por ciento de la población total) habían recibido la primera dosis de la vacuna del COVID-19. En septiembre de 2021, se diagnosticaron más de 332.000 casos de COVID-19, que causaron 5.115 muertes. Aunque

la demanda de la vacuna contra el COVID-19 era alta entre muchos grupos de la población, se descubrió que era baja entre los trabajadores de la salud. La cobertura entre los trabajadores de la salud variaba según las regiones del país, siendo la más baja la de Sidama (65 por ciento), con otras variaciones según los niveles zonales/woreda dentro de la misma región.



Enfoque estratégico

En abril de 2021, la Oficina de País de UNICEF en Etiopía (ECO) apoyó una evaluación cualitativa rápida a pequeña escala en la región de las Naciones, Nacionalidades y Pueblos del Sur (SNNP) y en la región de Sidama para entender las razones por las que la aceptación era baja. Entre los participantes en la evaluación había cinco trabajadores de la salud, un líder religioso ortodoxo y cuatro personas mayores de 55 años con comorbilidad o mayores de 65 años. Cuatro de los cinco trabajadores de la salud tenían dudas sobre la vacuna contra el COVID-19 y uno decidió retrasar la vacunación. En la evaluación se utilizó el Marco de Conductas y Motores Sociales (por sus siglas en inglés BeSD) para comprender las razones de la baja aceptación. Los BeSD son las creencias y experiencias específicas de la vacunación que son potencialmente modificables para aumentar la aceptación de la vacuna. Las evaluaciones mostraron que la novedad y la rapidez en el desarrollo de la vacuna, así como las dudas sobre su eficacia, eran razones clave de la indecisión ante la vacuna del COVID-19.

En agosto de 2021, las conclusiones de la evaluación rápida se presentaron a los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores de extensión sanitaria, funcionarios del PAI y funcionarios de salud pública) en dos talleres de ideación, uno en Awasa, región de Sidama, y otro en Dalla, región de SNNP.¹ El objetivo de los talleres era desarrollar actividades para impulsar la vacunación contra el COVID-19

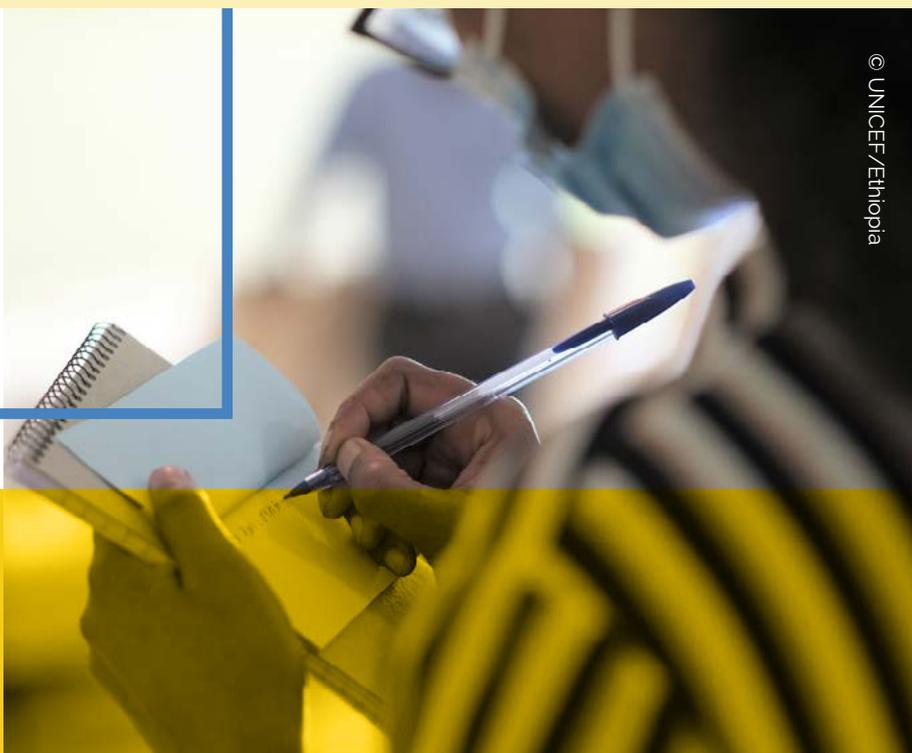
entre los trabajadores sanitarios. Las sesiones de ideación se centraron en cuatro cuestiones clave: (1) cómo promover la confianza en las vacunas contra el COVID-19 entre los trabajadores de la salud; (2) cómo responder eficazmente a las preguntas relacionadas con la vacuna contra el COVID-19 de los trabajadores de la salud; (3) cómo apoyar a los trabajadores de la salud para prevenir el COVID-19; y (4) cómo promover la aceptación y la asimilación de la vacunación contra el COVID-19 entre los trabajadores de la salud.

Las sesiones de ideación dieron como resultado una serie de soluciones para ayudar a los trabajadores de la salud a superar sus dudas sobre la vacuna y para mejorar su aceptación. Las soluciones incluían formar a los trabajadores de la salud y a los trabajadores de extensión de la salud sobre los beneficios y las ventajas de la vacunación contra el COVID-19; celebrar pláticas de personal con los trabajadores para ofrecerles un espacio para expresar sus preocupaciones; incluir a actores influyentes como médicos de alto nivel y líderes religiosos para fomentar la vacunación; y proporcionar a los trabajadores equipos de protección personal adecuados para mantenerlos seguros. UNICEF Etiopía apoyó la formación presencial de 25.159 trabajadores de la salud. Las personas influyentes llevaron a cabo sesiones de abogacía con asociaciones de profesionales médicos en forma de reuniones presenciales en las que hicieron presentaciones y permitieron sesiones de preguntas y respuestas.



Principales resultados

Al menos 372.025 trabajadores de la salud fueron vacunados contra el COVID-19 tras los esfuerzos de la OCE por comprender los problemas subyacentes de la reticencia inicial, y las consiguientes actividades de formación y abogacía.



© UNICEF/Ethiopia

372,025 TRABAJADORES DE LA SALUD

fueron vacunados contra el COVID-19

Las sesiones de ideación dieron como resultado soluciones para ayudar al personal de salud a superar sus dudas sobre las vacunas

UNICEF Etiopía

apoyó la formación presencial de 25.159 trabajadores de la salud



Lecciones aprendidas

- 1** El método BeSD fue utilizado para determinar las razones subyacentes importantes de la reticencia a la vacuna contra el COVID-19 entre los trabajadores de la salud. Este método permitió al equipo ECO recopilar información lo más rápido posible y directamente de las personas que dudaban vacunarse, dada la urgencia de la situación.
- 2** Las sesiones de ideación, que forman parte del enfoque de diseño centrado en la persona, fueron clave para desarrollar recomendaciones con rapidez sobre cómo abordar las razones de la reticencia a la vacuna contra el COVID-19 descubiertas en la evaluación rápida. Disponer de un conjunto de recomendaciones permitió al equipo ECO abogar por el apoyo de las sociedades de profesionales médicos.
- 3** Involucrar a los trabajadores de la salud en discusiones cara a cara sobre la introducción de una nueva vacuna es esencial para conseguir su aprobación y apoyo a la adopción (para ellos mismos y para las personas a las que atienden). Las conversaciones personales sobre la vacuna y sus motivos de reticencia proporcionaron a los trabajadores de la salud un espacio seguro para resolver los problemas que inicialmente les impedían aceptar la vacuna contra el COVID-19.
- 4** Involucrar o asociarse con personas influyentes, como organizaciones interreligiosas y asociaciones de profesionales de la salud, es importante para ganar confianza entre las personas reacias a las vacunas.



Recomendaciones

- 1** Incluir al público destinatario de las actividades de cambio social y de comportamiento en la cocreación de las soluciones al problema que se aborda. En este caso, los trabajadores de la salud participaron en las sesiones de ideación y pudieron contribuir basándose en sus propias creencias y experiencias.
- 2** Crear espacios seguros donde las personas puedan sentirse cómodas planteando sus preocupaciones y preguntas sobre las vacunas, y donde se sientan escuchadas y atendidas, para obtener información útil que conduzca a intervenciones eficaces.

Notas finales

- 1** Un taller de ideación es un taller colaborativo para ayudar a grupos de personas a trabajar con las ideas de la investigación con el fin de extraer una amplia gama de soluciones potenciales.

UNICEF Malawi ayuda a mejorar los indicadores de nutrición y salud a nivel comunitario

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/UN0719464/Chikondi

Breve resumen



Fechas de la actividad

Julio de 2017 -
Diciembre de 2023



Duración
6,5 años



Presupuesto
USD\$ 43 millones

El estado nutricional de un niño refleja en general su salud y su desarrollo, y la inversión de cada hogar, de la comunidad y del país en la salud familiar. La Herramienta de Seguimiento del Comportamiento Comunitario (CBTT, por sus siglas en inglés) se utilizó como parte del programa plurianual de nutrición *Afikepo* en 10 distritos de Malawi para ayudar que las comunidades den seguimiento a los problemas de salud y nutrición de su zona y adopten las medidas correctivas necesarias.¹ La herramienta ayudó a los hogares a

aumentar y diversificar la ingesta de alimentos seguros y nutritivos y mejoró el estado nutricional de las mujeres malauianas en edad fértil, las adolescentes y los bebés y niños pequeños. Los resultados de los datos de seguimiento del comportamiento comunitario mostraron un aumento general del porcentaje de mujeres embarazadas que tomaban pastillas de hierro con ácido fólico y consumían alimentos de origen animal y legumbres. También hubo mejoras en la calidad de la dieta de los niños de 6 a 23 meses.

La desnutrición, en todas sus formas, afecta a la capacidad cognitiva del niño, disminuye su inmunidad, le hace vulnerable a las infecciones y repercute en su bienestar a lo largo de su vida. La malnutrición, especialmente el retraso del crecimiento (baja estatura para la edad), sigue siendo un importante problema de salud pública en Malawi, y contribuye en gran medida a muertes infantiles evitables. Al menos el 39 por ciento de las niñas y el 42 por ciento de los niños menores de cinco años padecen retraso en el crecimiento.² El retraso en el crecimiento es indicativo de desnutrición crónica y puede producirse en los primeros 1000 días de vida si no se alimenta al niño con una dieta apropiada para su edad. El 64 por ciento de los niños malauianos menores de seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna, y sólo el 60 por ciento de las nuevas madres amamantan a sus hijos en la hora siguiente al parto, a pesar de que el 98 por ciento de las

mujeres dan a luz en un centro sanitario. Sólo el 9 por ciento de los niños malauianos de entre seis y 23 meses cumplen los estándares mínimos de una dieta aceptable. Sólo el 17 por ciento de los niños cumple el estándar mínimo de diversidad dietética, y sólo el 37 por ciento alcanza la frecuencia mínima de comidas.³

En Malawi persiste una brecha entre la desnutrición rural y la urbana, siendo más prevalente la desnutrición en zonas rurales que en las urbanas.⁴ La Encuesta Agrupada de Indicadores Múltiples (MICS por sus siglas en inglés) de Malawi de 2019 reveló que más del 29 por ciento de los niños de entornos urbanos sufren retraso en el crecimiento, frente a aproximadamente el 36 por ciento de los de entornos rurales.⁵ A pesar de un descenso significativo del retraso en el crecimiento del 11 por ciento entre 2012 y 2019, las prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños siguen siendo un reto.





Enfoque estratégico

El programa de nutrición *Afikepo*, llevado a cabo por UNICEF y la FAO en colaboración con el gobierno de Malawi, fue un esfuerzo multisectorial que integró actividades de agricultura, salud y nutrición para abordar el problema de la inseguridad alimentaria y nutricional y la desnutrición. El proyecto pretendía mejorar el estado nutricional de los hogares en diez distritos mediante intervenciones que aumentarían la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos diversificados en el ámbito familiar, especialmente entre mujeres en edad fértil, adolescentes, lactantes y niñas y niños pequeños.⁶

Las actividades de *Afikepo* se llevaron a cabo bajo un modelo de grupo de atención, una estrategia de nutrición y salud que vincula a un grupo de 8 a 12 voluntarios de la comunidad que se reúnen periódicamente con promotores de la salud a discutir sobre nutrición y salud, y proporcionan formación, supervisión y apoyo. Cada grupo de atención es dirigido por un líder que se selecciona entre los miembros del mismo grupo. Un grupo se compone de 8-12 hogares muy próximos entre sí. Los líderes de los grupos se encargaron de transmitir información sobre nutrición y de proporcionar asesoramiento nutricional a hogares de su comunidad; utilizaron el paquete *Scaling Up Nutrition* (SUN por sus siglas en inglés) para capacitar a miembros de la comunidad en cómo cultivar alimentos nutritivos y sobre la importancia de las prácticas de alimentación infantil diversificada y adecuada para la edad. Los miembros de la comunidad reprodujeron estas prácticas en sus hogares. Había un total de 6.678 grupos de atención en 10 distritos de Malawi, con una media de 81 grupos de atención en 82 zonas de autoridad tradicional (una unidad administrativa de la estructura de gobierno local del distrito). Se formó y orientó a facilitadores comunitarios (CBF por sus siglas en inglés) y a grupos de extensión comunitaria (COG) para que apoyaran a los miembros de grupos comunitarios y de atención en cada uno de los sitios del proyecto *Afikepo*. Los CBF (trabajadores de primera línea, promotores de grupos de atención y agricultores líderes) se encargaron de identificar, formar y supervisar a líderes de los COG que prestaban servicios de divulgación a

nivel doméstico. El modelo de grupo de atención se diseñó para promover la adopción comunitaria de las intervenciones y la sostenibilidad de los resultados deseados en materia de nutrición y salud, estableciendo una serie de objetivos compartidos y creando un sentimiento de identidad y solidaridad en el grupo de atención.

A los líderes de los grupos se les proporcionó la Herramienta de Seguimiento del Comportamiento Comunitario (CBTT por sus siglas en inglés), una herramienta de seguimiento y evaluación de la nutrición que se utiliza como sistema de detección temprana de casos de desnutrición. La CBTT contiene indicadores nutricionales para hacer un seguimiento de los progresos que presentan las comunidades en el cambio de comportamiento relacionado con la nutrición de los niños, las mujeres embarazadas, las madres lactantes y las adolescentes. Además, ayuda a controlar el estado nutricional de los niños menores de cinco años mediante la Cinta de Circunferencia Media Superior (MUAC por sus siglas en inglés). Los datos de los grupos de atención se recogen mensualmente utilizando la CBTT y se cargan en línea a través de la plataforma Kobo. Los datos se consolidan durante un periodo de tres meses y se utilizan para involucrar a los líderes comunitarios, los hogares, los trabajadores de primera línea y los grupos de atención en debatir medidas correctivas para los indicadores de bajo rendimiento. El progreso podría medirse comparando los datos de un trimestre con los de trimestres anteriores, y podrían tomarse decisiones en grupo sobre cómo abordar carencias o problemas concretos. Por ejemplo, si las cifras de la CBTT mostraran que muy pocas personas de una comunidad consumen alubias o frutos secos porque ha sido un año de escasez de esos alimentos básicos, la comunidad elaboraría un plan de acción recomendando que, la comunidad almacene suficientes alubias para alimentar a su familia durante todo el año. Este mensaje sería difundido por los líderes del grupo y los promotores de atención mediante visitas a los hogares que estuvieran rezagados en el consumo de alubias y frutos secos, y mediante una reunión del grupo de atención para compartir la información con la comunidad en su conjunto.



Principales resultados

- El objetivo del proyecto era llegar a 675.000 hogares dirigidos a niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, mujeres lactantes y adolescentes en los 10 sitios del proyecto. Hasta la fecha, el proyecto ha llegado a un total de 667.800 hogares (el 99 por ciento del objetivo), y a unas 2.938.320 personas.
- Un Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP por sus siglas en inglés) de UNICEF sobre el proyecto *Afikepo* en 2022 demostró que se habían producido mejoras en las prácticas de alimentación de bebés y niños (incluidas las prácticas de lactancia materna) en comparación con las cifras de referencia de 2018.⁷ En algunas comunidades, por ejemplo, el uso de la CBTT contribuyó a aumentar el consumo de legumbres hasta el 70 por ciento, frente a sólo el 30 por ciento antes de emplear la herramienta. El consumo de hierro y ácido fólico por parte de las mujeres embarazadas aumentó a casi el 100 por ciento desde el 60 por ciento, en casi todas las zonas. En algunos distritos, los datos mostraron mejoras en la calidad de la dieta de los niños de 6 a 23 meses.⁸
- La identificación temprana de los indicadores de bajo rendimiento, combinada con la capacidad de debatir soluciones como comunidad, capacitó a las comunidades para realizar los cambios que consideraban necesarios.





Lecciones aprendidas

- 1 La CBTT fue decisiva para visualizar el estancamiento en nutrición en las comunidades y encontrar rápidamente las soluciones que mejor funcionaban para la comunidad.** Los conocimientos adquiridos mediante el seguimiento de la CBTT capacitaron a las comunidades para tomar el control de las deficiencias de salud relacionadas con la nutrición de los niños, que antes pasaban desapercibidas, y generaron responsabilidad social y diálogo sobre cuestiones de nutrición.
- 2 Para que la CBTT tuviera efectos, tuvo que haber un grupo de voluntarios comunitarios y trabajadores de primera línea bien entrenados y comprometidos en su uso.** Deben proporcionarse incentivos y/o actividades generadoras de ingresos al grupo de voluntarios para mantenerlos motivados.
- 3 La participación de líderes locales fue fundamental para la ejecución del proyecto Afikepo.** Los líderes desempeñaron un papel importante a la hora de movilizar a las comunidades para que comprendieran los problemas de nutrición e identificaran colectivamente las soluciones.
- 4 Los diálogos comunitarios** fueron esenciales para dar a los miembros de la comunidad la oportunidad de resolver problemas y asumir el cambio que querían ver.



Recomendaciones

- 1** Seguir invirtiendo en la formación de los voluntarios. Dado que los datos de la CBT son recogidos por voluntarios, es importante invertir continuamente en formación de actualización para garantizar la calidad de la recopilación y el análisis de los datos.
- 2** Capacitar a los voluntarios de la comunidad para que inicien sesiones de diálogo por su cuenta.
- 3** Aumentar el acceso a las pastillas de hierro y ácido fólico para ayudar a generar datos (casi) en tiempo real que mejoren la toma de decisiones a nivel de distrito.

Notas finales

- 1 Afikepi es un nombre que se traduce como "deja que los niños desarrollen todo su potencial".
- 2 UNICEF Malawi, El programa de nutrición en Malawi, 2017.
- 3 Oficina Nacional de Estadística de Malawi, 'Multiple Indicator Cluster Survey 2019-20 Survey Findings Report', diciembre de 2021., <<https://washdata.org/sites/default/files/2022-02/Malawi%202019-20%20MICS.pdf>>.
- 4 Mussa R., A matching decomposition of the rural-urban difference in Malnutrition in Malawi, Health Econ Rev, pp 4-11.
- 5 Oficina Nacional de Estadística de Malawi, 'Multiple Indicator Cluster Survey 2019-20 Survey Findings Report', diciembre de 2021, <<https://washdata.org/sites/default/files/2022-02/Malawi%202019-20%20MICS.pdf>>.
- 6 Los distritos son Chitipa, Karonga, Nkhatabay, Mzimba, Kasungu, Nkhotakota, Salima, Chiradzulu, Thyolo y Mulanje.
- 7 UNICEF, FAO, UE, 'Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) hacia la nutrición materna, de adolescentes, lactantes y niños pequeños y las prácticas de atención, agua y saneamiento y agricultura sensible a la nutrición: Report for the Afikepo Nutrition Programme and Nutrition-sensitive Agriculture component in Malawi;', julio de 2022', <<https://www.unicef.org/malawi/media/4571/file/Report%20For%20The%20Afikepo%20Nutrition%20Programme%20and%20Nutrition-sensitive%20Agriculture%20component%20in%20Malawi.pdf>>.
- 8 UNICEF Malawi, 'La herramienta de seguimiento da un nuevo impulso: Community behavior tracking tool', 25 de enero de 2023, <<https://www.unicef.org/malawi/stories/tracking-tool-brings-new-lease-life>>.

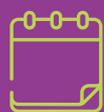


UNICEF Ruanda se asocia con la Cruz Roja Ruandesa para hacer frente a los rumores y desinformación sobre el COVID-19

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/UN0373260/Niyonkuru

Breve resumen



Fechas de la actividad

De julio de 2020 a diciembre de 2021



Duración
18 meses



Presupuesto

USD\$148.503.390

Entre julio de 2020 y diciembre de 2021, UNICEF Ruanda, en colaboración con la Sociedad de la Cruz Roja Ruandesa (por sus siglas en inglés RRCS), llevó a cabo una actividad de Escucha Social y retroalimentación a nivel comunitario para rastrear los rumores sobre el COVID-19. El objetivo de esta actividad conjunta fue desarrollar intervenciones para abordar conceptos erróneos entre la población ruandesa en relación con el virus COVID-19, y aumentar la confianza en las vacunas COVID-19. UNICEF Ruanda y la RRCS desarrollaron un módulo de entrenamiento sobre el COVID-19 para los voluntarios de la RRCS que iban a las comunidades con megáfonos para difundir información correcta sobre el COVID-19 y promover la vacuna, y con formularios electrónicos en teléfonos móviles para recopilar datos sobre los rumores y desinformación que impedían a los ruandeses practicar conductas

preventivas y vacunarse. En total, se identificó y entrenó a 476 voluntarios de la RRCS incluidos 60 Formadores de Instructores (por sus siglas en inglés ToT) para que difundieran información correcta sobre el COVID-19, promovieran la prevención de la enfermedad y registraran los comentarios y rumores de los miembros de la comunidad en la que prestaban servicio. El trabajo de los voluntarios, junto con el apoyo de los mensajes radiofónicos emitidos por cinco emisoras de radio de todo el país, dio como resultado un aumento general de los conocimientos adecuados sobre el COVID-19 y una mayor adherencia a las medidas preventivas del COVID-19 (por ejemplo, el uso de mascarillas) con el paso del tiempo. La confianza en las vacunas COVID-19 aumentó del 60 por ciento en diciembre de 2020 al 89% en junio de 2021.



Contexto

En Ruanda, el primer caso de COVID-19 fue declarado por el Ministerio de Salud el 14 de marzo de 2020. Se nombró un comité nacional de crisis de los ministerios pertinentes para gestionar la respuesta a la pandemia, presidido por el Primer Ministro. El comité reunió un Grupo Operativo Conjunto COVID-19 para coordinar la aplicación del plan de preparación y respuesta justo cuando surgían los primeros casos. A medida que el virus se extendía por el país, también lo hacían los rumores y desinformación sobre la enfermedad y la vacuna recién desarrollada. Desde el principio, UNICEF Ruanda,

apoyó al Gobierno de Ruanda y se asoció con la Sociedad de la Cruz Roja Ruandesa (RRCS) para promover las prácticas preventivas del COVID-19 y la adopción de la vacuna recién desarrollada. Las actividades utilizadas para llegar a la población de Ruanda incluyeron la movilización social, la retroalimentación de la comunidad y las intervenciones de creación de confianza dirigidas a aumentar la concientización sobre el virus, contrarrestar los rumores y desinformación que circulan sobre el virus y la vacuna, y asegurar la aceptación de la vacuna.



Enfoque estratégico

UNICEF y la RRCS desarrollaron conjuntamente un módulo de entrenamiento sobre participación comunitaria en COVID-19 para reforzar la capacidad de los voluntarios de la RRCS para ofrecer información correcta sobre COVID-19 y motivar la aceptación de la vacuna. La oficina de UNICEF en Ruanda proporcionó apoyo financiero y técnico para la formación de 60 Formadores de Instructores (dos por distrito) para garantizar la formación en cascada y la supervisión de apoyo de los voluntarios sectoriales que trabajaron codo a codo con el Equipo de Coordinación de distrito de la RRCS. Se formó a un total de 416 voluntarios de la RRCS de sector en capacidades de comunicación interpersonal y compromiso comunitario para que pudieran captar eficazmente a los ruandeses, proporcionar información sobre el distanciamiento social, el uso de mascarillas y otras prácticas preventivas del COVID-19, y abordar el estigma asociado con la enfermedad. Los voluntarios también aprendieron a obtener y abordar las opiniones y preguntas de los miembros de la comunidad relacionadas con la pandemia, y a rastrear e informar sobre rumores acerca de la enfermedad, la respuesta del

gobierno a la pandemia y la vacuna. UNICEF aprovechó un grupo de WhatsApp (WhatsApp Tree) y el Internet de las Cosas Buenas (IoT), una plataforma global en línea de UNICEF, para apoyar las actividades de los voluntarios. Se creó el grupo WhatsApp Tree para todos los voluntarios de la Cruz Roja, desde el nivel sectorial hasta el nacional, para facilitar el intercambio de información/retroalimentación e identificar rumores. Las autoridades locales también fueron añadidas al grupo WhatsApp Tree. Se subieron a la plataforma IoT contenidos sobre la prevención de la COVID-19 y la aceptación de la vacuna, y se orientó a los voluntarios sobre su uso y navegación durante la formación de Instructores, de supervisores/coordinadores de la Cruz Roja a nivel de distrito.



© UNICEF/UN0373244/Niyonkuru

Tras la orientación, los coordinadores de la Cruz Roja formados instruyeron a los voluntarios de la Cruz Roja a nivel de sector sobre cómo usar loGT, que fue utilizado por los voluntarios para obtener información actualizada sobre la prevención y las vacunas contra el COVID-19.

UNICEF Ruanda y la RRCS establecieron un mecanismo de recopilación de datos y seguimiento de rumores a nivel comunitario utilizando la red de voluntarios comunitarios de la RRCS. Equipados con un megáfono, mensajes pregrabados sobre el COVID-19 y teléfonos inteligentes con KOBO para la recopilación de datos, los 416 voluntarios difundieron mensajes de prevención del COVID-19 y, al mismo tiempo, recopilaban datos sobre el virus y la aceptación de la vacuna utilizando un formulario de comentarios y un formulario de seguimiento de rumores en una media de 8,5 hogares por voluntario cada dos semanas. Los resultados se analizaron periódicamente y se compartieron con las principales partes interesadas a nivel local y nacional, incluidas UNICEF Ruanda y el Centro de Comunicación Sanitaria de Ruanda (RRCS). Los datos se utilizaron para elaborar mensajes apropiados que abordaran los principales rumores y conceptos erróneos relacionados con el COVID-19. Representantes de la RRCS en cada distrito compartieron los resultados durante las reuniones de mando mensuales organizadas por las autoridades locales, para que se tomaran las medidas adecuadas a nivel local. Los datos recogidos mediante el mecanismo de la RRCS se complementaron con tres rondas de zondeo

rápido en las comunidades (3.045 encuestados en total) utilizando el [modelo de Impulsores Sociales y de Comportamiento](#) entre diciembre de 2020 y junio de 2021.

UNICEF Ruanda y la RRCS, en colaboración con el Ministerio de Salud, las autoridades locales e influencers, consiguieron que cinco emisoras de radio (KT radio, Radio Salus, RC Rubavu, Radio Huguka e Isangano Radio) produjeran y emitieran un programa de radio semanal de 30 minutos con mensajes basados en la retroalimentación comunitaria recopilada por los voluntarios. Los primeros quince minutos de cada programa de radio trataban temas críticos del COVID-19, facilitados por expertos en salud y expertos de otros sectores relevantes (por ejemplo, Agua, Saneamiento e Higiene (WASH), Educación, Protección de la Infancia). Los 15 minutos restantes se dedicaron a responder a las preguntas de los oyentes con el objetivo de desmentir los rumores y las ideas erróneas sobre el COVID-19, y al mismo tiempo promover la confianza en las vacunas de COVID-19 entre la población ruandesa.

La oficina de UNICEF en Ruanda proporcionó el apoyo necesario para documentar las historias de éxito y las Lecciones Aprendidas, recurriendo a videógrafos, fotógrafos y escritores, y colaborando con el personal de comunicación de la RRCS. Se identificaron historias de interés humano de forma regular y se publicaron en el sitio web de UNICEF.¹





Principales resultados

- De noviembre de 2021 a marzo de 2022, se llegó a más de tres millones de personas (48 por ciento hombres, 52 por ciento mujeres) en toda Ruanda, a través de la participación comunitaria y los medios de comunicación, con la información necesaria para protegerse a sí mismos y a sus familias del COVID-19 y promover los comportamientos preventivos recomendados entre familiares y amigos; 247.952 personas adquirieron los conocimientos y habilidades necesarios para hacer frente a los principales rumores y conceptos erróneos sobre el COVID-19 que se identificaron durante el ciclo del proyecto.
- En total, se identificó y entrenó a 476 voluntarios de la RRCS (incluidos 60 ToT) para que comunicaran información correcta sobre el COVID-19, promovieran la prevención de enfermedades y registraran los comentarios y rumores de los miembros de la comunidad donde prestaban servicio.
- Hubo un aumento general de los conocimientos correctos sobre COVID-19. Por ejemplo, en marzo de 2022, el 17 por ciento de los encuestados en la evaluación rápida creían que el COVID-19 era un mecanismo político para reducir el número de habitantes de la Tierra, frente al 22 por ciento en septiembre de 2021.
- Con el paso del tiempo, las comunidades aumentaron su adherencia a las medidas preventivas del COVID-19. En octubre de 2020, el 42 por ciento de los encuestados reportó llevar mascarilla, frente al 52 por ciento en abril de 2021.
- La confianza en las vacunas COVID-19 aumentó del 60 por ciento en diciembre de 2020 al 89 por ciento en junio de 2021.
- Algunos de los datos obtenidos a través de la asociación entre UNICEF Ruanda y la RRCS sirvieron de base para la campaña nacional "De vuelta a la escuela" en Ruanda, llevada a cabo conjuntamente con la Junta Directiva de Educación Básica de Ruanda.
- El contenido de la comunicación COVID-19 de esta actividad se adaptó para su difusión a través del Internet de las Cosas Buenas.

La confianza en las vacunas del COVID-19 aumentó de

60%
EN DICIEMBRE A

a

89%
PARA JUNIO DE 2021

se llegó a

MÁS DE
3,000,000

de personas de
toda Ruanda

476

personas
identificadas y
formadas como
voluntarios de la
RRCS



Lecciones aprendidas y recomendaciones

- 1** Cuando se recopilan las opiniones de las comunidades, se esperan respuestas programáticas. Es crucial manejar expectativas y mantener una comunicación transparente con las comunidades de las que se toman las opiniones.
- 2** Mantener la recopilación de datos sobre rumores y desinformación a nivel comunitario requiere una coordinación específica entre el gobierno, los socios para el desarrollo y las organizaciones de la sociedad civil.
- 3** La participación activa de los voluntarios es esencial para establecer contacto con la población destinataria y abordar los rumores y la desinformación. Deben considerarse enfoques adicionales, como la participación de líderes de opinión a nivel comunitario, influencers de las redes sociales y otras personas que puedan abordar los conceptos erróneos y cambiar la narrativa.
- 4** La radio sigue siendo el canal de información más confiable y disponible en Ruanda, y debe aprovecharse para aumentar el alcance de los mensajes de comunicación de riesgos y de participación de la comunidad.
- 5** La visualización y presentación de los datos fueron limitadas debido al gran volumen de información y a la falta de recursos humanos capacitados para procesar y compartir las conclusiones de forma concisa y clara. Se está debatiendo con el Centro de Comunicación de Salud de Ruanda (por sus siglas en inglés RHCC) cómo abordar este reto.
- 6** Un enfoque de Diseño Centrado en la Persona (por sus siglas en inglés HCD) para desarrollar intervenciones requiere comprender a las personas para las que se diseñe la intervención. La asociación de UNICEF con la RRCS, cuyo componente de investigación comunitaria está bien definido, abrió el espacio para la aplicación del HDC y permitió el desarrollo de un entrenamiento y una recogida de datos adecuadas.



Notas finales

- 1** Para un ejemplo de una historia de interés humano de UNICEF, véase: <https://www.unicef.org/rwanda/stories/frontlines-battle-against-covid-19-misinformation>, and <https://www.youtube.com/watch?v=RjGBLvo1Bs&list=PLYaKipQFMMmsiYJNxAjxoq15P4Ktmq8y&index=2>

UNICEF Etiopía conecta con adolescentes para cambiar comportamientos y aumentar la agencia

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), logros y Lecciones Aprendidas



Breve resumen



Fechas de la actividad

De noviembre de 2019 a 2022



Duración
Tres años



Presupuesto
USD\$1,133,025.23

UNICEF Etiopía, en asociación con Girl Effect, una organización creativa sin fines de lucro que crea marcas juveniles y plataformas móviles para empoderar a las niñas, ha puesto en marcha una campaña de estilo de vida saludable dirigida a las adolescentes de Etiopía. La campaña *Yegna* (que significa "Nuestro" en amárico) fomenta un cambio de comportamiento positivo y una mayor autonomía de las niñas, abordando retos de la vida real a través de una serie de televisión, programas de radio, canales digitales, música y clubes escolares. *Yegna* está arraigada en la cultura etiope, y se creó tras escuchar los retos a los que se enfrentan miles de niñas etíopes en su vida cotidiana. Los mensajes se centraron en la mejora del estado nutricional, la salud e higiene

menstruales, la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios de salud y su utilización, y el fomento de la autoestima y la agencia, entre las adolescentes. En el punto álgido de la pandemia de COVID-19, la serie dramática *Yegna* se utilizó para transmitir a los adolescentes mensajes relevantes sobre la prevención de la COVID-19.¹ Desde su primera emisión en televisión nacional en 2019, *Yegna* se ha convertido en un drama muy reconocido en Etiopía, cautivando a una audiencia de unos 10 millones de espectadores. El 78 por ciento de los espectadores de la serie televisiva *Yegna* dijeron haber aprendido algo nuevo con la serie; el 42 por ciento dijeron que habían cambiado su comportamiento como resultado de ver la serie.



Contexto

La desnutrición y la escasa diversidad dietética afectan a grandes segmentos de la población adolescente y juvenil de Etiopía. Resultados de un estudio de base apoyado por UNICEF sobre la nutrición de los adolescentes, la gestión de la higiene menstrual y la utilización de servicios de salud enfocados a adolescentes en Etiopía mostraron que alrededor del 83 por ciento de las chicas consumían alimentos de menos de cinco grupos de alimentos y sólo el 50 por ciento consumía alimentos de origen animal. Las normas sobre cuándo y con qué frecuencia comen los chicos y las chicas mostraron que las chicas comen menos alimentos, con menos frecuencia y tienen menos opciones de comer alimentos variados, en comparación con los chicos, que tienen mayor acceso a la comida fuera de casa. Los resultados del estudio también resaltaron que los tabúes en torno a la menstruación y gestión de la higiene menstrual han restringido la movilidad de las niñas y generado sentimientos de vergüenza y pudor. Muchas niñas sentían la necesidad de gestionar su menstruación en casa, lo que las privaba de su educación y de la confianza necesaria para gestionar la menstruación dondequiera que estuvieran. Las niñas sentían que no podían comunicarse adecuadamente con sus profesores cuando tenían dificultades para gestionar la menstruación en la escuela. En la cultura etíope, la menstruación también indica que la niña está preparada para el matrimonio y la maternidad. Las niñas tienen poca capacidad para decidir cuándo y con quién se casan. Una niña que rechaza el matrimonio se arriesga a la vergüenza y al aislamiento por parte de su familia y su comunidad.²

La disponibilidad de servicios de salud de calidad adaptados a las jóvenes ha sido un problema apremiante en toda Etiopía. El estudio de base apoyado por UNICEF sugirió que las chicas se sentían mal tratadas por los proveedores de salud y el personal de los centros de servicios de salud, estaban poco satisfechas con la accesibilidad de los servicios sanitarios y las condiciones de los centros de salud, y percibían

falta de privacidad y confidencialidad en relación con la atención recibida.

Yegna es una plataforma mediática que utiliza la música, la radio y los canales digitales, donde la narración de historias se utiliza para apoyar a las niñas escolarizadas y no escolarizadas de 10 a 19 años en sus procesos individuales y colectivos hacia una edad adulta. Girl Effect, una ONG mundial especializada en comunicación para adolescentes, lanzó *Yegna* en Etiopía en 2012. Desde su lanzamiento, *Yegna* se ha convertido en una marca juvenil auténticamente etíope, que incluye artículos promocionales. La campaña original consistía de una radionovela, un programa de entrevistas y música, todo en amárico (la lengua nacional de Etiopía). El contenido fue producido por un reparto exclusivamente femenino, y se centraba en las vidas de cinco chicas adolescentes con un fuerte vínculo de amistad y un grupo musical. Las chicas representaron retos a los que se enfrentan las chicas etíopes, y luego produjeron música para ayudar a compartir sus experiencias. El público al que iba dirigido *Yegna* eran chicas de entre 13 y 15 años, pero pronto tuvo más seguidores en las comunidades etíopes. El primer sencillo musical de la campaña recibió el premio nacional al "Mejor sencillo del año". En 2019, *Yegna* introdujo un reparto mixto y desarrolló una nueva serie de televisión titulada "*Yegna* - La historia de todos nosotros", que sigue emitiéndose a escala nacional en varios idiomas.



Enfoque estratégico

En 2019, la telenovela *Yegna* se emitió por primera vez en televisión nacional, ganando popularidad entre el público urbano. El público pudo ver los episodios en tres idiomas: amárico, afan ormo y tigríña. El objetivo fue mejorar los conocimientos, las percepciones y los resultados en materia de nutrición, salud e higiene menstruales y salud sexual y reproductiva; mejorar el acceso y el uso de los bienes y servicios relacionados con la salud y la nutrición; y fomentar la autoestima y la capacidad de acción de las adolescentes. El drama incluía mensajes sobre menstruación, la pubertad, la violencia de género, la igualdad de género y la autonomía de las niñas, y otros temas diseñados para generar conversaciones entre padres e hijas. En cada temporada siguiente de *Yegna* se reforzaban los mensajes, y se añadía nuevos (por ejemplo, los problemas de nutrición entre madres adolescentes; el cáncer de cuello uterino, el VPH y la vacuna contra el VPH) y se utilizaban los datos de seguimiento para perfeccionar los mensajes y el modo de presentación (por ejemplo, acortando la duración de los episodios de una hora a 30 minutos en 2020). La serie también se subió a un canal de YouTube de *Yegna* donde los adolescentes podían participar en conversaciones en línea sobre la serie dramática.

Los adolescentes etíopes de las zonas rurales no tenían acceso a la serie de televisión *Yegna*. Para cubrir esta brecha, UNICEF y Girl Effect crearon el Programa de Escuelas Rurales *Yegna*, una iniciativa educativa que lleva la serie de TV a adolescentes de entre 13 y 15 años que estudian en las regiones rurales de Etiopía y proporciona conocimientos para ayudarles en la toma de decisiones sobre cuestiones críticas para este momento tan crucial de su desarrollo. UNICEF adquirió proyectores solares para mostrar clips de la serie en clubes escolares, en 28 escuelas de dos regiones. Se formó a profesores y directores, y la iniciativa se puso en marcha en escuelas de las regiones de Oromia y Amhara. Después de ver cada episodio, las guías de discusión permitieron a los alumnos y profesores conversar acerca del contenido y los temas mencionados en el programa. Estas discusiones se complementaron con hojas informativas para hablar con los padres. El programa en las escuelas rurales creó espacios seguros en los que los alumnos podían discutir los temas que aparecían en la serie, desde la nutrición a la gestión de la higiene menstrual, pasando por la masculinidad tóxica. En 2022 se puso en marcha una segunda fase del programa en 13 escuelas de la región de Oromia, aprovechando el impacto del primer año. Un total de 1.170 estudiantes participaron en esta segunda fase.



© UNICEF/Etiopía/2021/Yegna



En noviembre de 2020, UNICEF Etiopía apoyó un estudio de base para determinar qué mensajes podían difundir las actividades de Yegna para reducir la mortalidad y morbilidad por COVID-19.³ La investigación de base también incluyó preguntas sobre otras áreas temáticas relevantes para el público objetivo principal de las adolescentes (por ejemplo, higiene menstrual, violencia de género, salud mental y nutrición). Los resultados de la investigación mostraron que, aunque el 99 por ciento de las encuestadas conocían el COVID-19 y los métodos para prevenir la enfermedad, sólo el 37 por ciento se lavaba las manos con regularidad y sólo el 40 por ciento llevaba mascarilla. La evaluación de base también reveló que más de la mitad de los adolescentes encuestados (55 por ciento) suponían que comer aperitivos procesados es sano. La investigación enfatizó la necesidad de promover la adopción de comportamientos clave para la prevención del COVID-19, de aumentar el número de padres e hijos dispuestos a volver a la escuela, y de mejorar los conocimientos en materia de nutrición, violencia contra las mujeres y gestión de la higiene menstrual.

En 2020, UNICEF Etiopía apoyó el desarrollo de una campaña Yegna para el COVID-19 de 20 semanas de duración, que consistió de 20 anuncios de servicio público (ASP) en los que se

utilizaba el reparto de género mixto de Yegna. Los anuncios de servicio público se emitieron semanalmente en tres idiomas (amárico, afan oromo y tigríña), tanto en radio nacional como regional. De diciembre de 2020 a mayo de 2021, se crearon anuncios de vídeo que se emitieron en cinco cadenas de televisión, cuatro emisoras de radio y a través de redes sociales. En los anuncios aparecían personajes de Yegna (influencers) discutiendo la importancia de no comer alimentos procesados (incluyendo comida rápida), de la higiene menstrual y la creación de toallas sanitarias, de la emoción y la ansiedad de volver a la escuela en tiempos del COVID-19, y de la importancia de lavarse las manos y hacer ejercicio con regularidad. Los anuncios se emitieron más de 400 veces en televisión y radio. En las principales ciudades de Etiopía se colocaron vallas publicitarias en las que aparecían personajes de Yegna con mensajes sobre la prevención del COVID-19 (por ejemplo, llevar mascarillas y lavarse las manos con frecuencia), nutrición, higiene menstrual, salud mental y no tener miedo de denunciar la violencia de género: Addis Abeba, Adama, Hawassa y Bahirdar. El objetivo de la campaña Yegna era llegar a un público de al menos 15 millones de personas. Se utilizaron varios canales de redes sociales para difundir los mensajes de la campaña Yegna COVID-19, incluido un canal de Yegna en YouTube, Telegram y la página oficial de Facebook de UNICEF Etiopía.



Principales resultados⁵

En los últimos tres años, las actividades de *Yegna* han llegado a 500.000 adolescentes en toda Etiopía y creando una amplia y leal base de seguidores. La serie de televisión se ha vuelto muy reconocida en todo el país, llegando a casi 10 millones de espectadores. Cada episodio de *Yegna* en el canal de YouTube fue visto por entre 200.000 y 650.000 espectadores. Algunos de los logros del programa son:

- El 42 por ciento de los telespectadores dijeron haber cambiado su comportamiento como consecuencia de ver el programa.
- Más de 1.300 adolescentes de Oromia y Amhara participaron en el programa *Yegna* en escuelas rurales.
- El 52 por ciento de los espectadores de Oromia que participaron en el programa de escuelas rurales de *Yegna* conversaron con al menos un miembro de su familia sobre temas abordados en el drama utilizando hojas informativas y manuales del programa.⁴
- Los estudiantes consideraron que el club *Yegna* era especialmente relevante para recibir nuevos conocimientos que les ayudaban en su vida cotidiana y que consideraban que les ayudarían en su éxito futuro.
- Padres y profesores observaron cambios positivos en niñas y niños que asistieron al programa de la escuela rural.
- La concientización y los conocimientos sobre el cáncer de cuello de uterino y la vacuna contra el VPH fue mayor entre espectadores que entre no espectadores de la telenovela *Yegna*.
- Aquellos expuestos a la campaña *Yegna in My Head* fueron más precavidos en la prevención del COVID-19. El lavado de manos y el uso de mascarillas aumentaron con el tiempo.
- La frecuencia en el consumo de alimentos procesados y la alimentación más variada cambiaron de forma positiva.
- Aquellos expuestos a la campaña *Yegna* eran más propensos a saber que consumir aperitivos procesados no es sano y reportaron comer menos alimentos procesados.
- Aquellas expuestas a la campaña *Yegna* eran más propensas a saber cómo fabricar toallas sanitarias reutilizables en casa y utilizar toallas sanitarias desechables o reutilizables indistintamente.

42%

de los espectadores dijeron haber cambiado su comportamiento

Anuncios

emitidos más de

400 veces

en televisión y la radio

MÁS DE
1,300
ADOLESCENTES

han participado en el programa *Yegna*



Lecciones aprendidas

- 1 Llevar a cabo una investigación de base para comprender los conocimientos, las percepciones, los comportamientos y las normas de las audiencias a las que van dirigidos los temas de salud de interés es esencial para desarrollar mensajes de cambio de comportamiento apropiados para la cultura y la edad de las audiencias.
- 2 El uso de historias de edutretenimiento con personajes interpretados por actores etíopes populares entre los adolescentes, hizo que el programa de TV Yegna resultara más atractivo y eficaz al cautivar la atención de los adolescentes etíopes y motivar el cambio deseado.
- 3 Utilizar la marca *Yegna* ya existente fue decisivo para que UNICEF pudiera llegar rápidamente a un público amplio con los mensajes de salud clave y basados en evidencias obtenidas del público al que iban dirigidos.



Recomendaciones

- 1 Garantizar que el público al que va dirigido (en este caso, los adolescentes) participe activamente desde la fase de planificación del programa hasta la evaluación, a fin de asegurar un mayor compromiso y apropiación del mensaje.
- 2 Al diseñar un programa similar para adolescentes, implicar a padres, cuidadores y profesores que desempeñan un papel importante en la formación del desarrollo y el futuro de los jóvenes.
- 3 Utilizar la tecnología/redes sociales para enganchar a las y los adolescentes y motivarles para que participen en discusiones en línea y/o actividades.

Notas finales

- 1 La financiación de esta campaña procede de Global Affairs Canada..
- 2 Cader R., Eager R., Tenaw E., Cornelius A., *UNICEF Ethiopia adolescent nutrition-WASH-education joint programme evaluation*, 3 de junio de 2020.
- 3 Se realizó una encuesta de marcación aleatoria en toda Etiopía a 705 personas de 15 años o más. Los datos del COVID-19 se capturaron mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI).
- 4 Girl Effect, 'The programme bringing life-changing information to adolescents in rural Ethiopia', Girl Effect, 24 de enero de 2022, <<https://girleffect.org/the-programme-bringing-life-changing-information-to-adolescents-in-rural-ethiopia>>.
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Yegna in My Head: Baseline and post-wave consolidated report', UNICEF, octubre de 2021.

UNICEF Etiopía ayuda a romper el silencio sobre la gestión de la higiene menstrual

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen



Fechas de la actividad

De agosto de 2016 a diciembre de 2020



Duración

3,5 años



Presupuesto

USD \$2,5 millones

Las niñas en Etiopía se enfrentan a barreras sociales, culturales y económicas relacionadas con la menstruación que inhiben su derecho a la dignidad, y a menudo impiden su derecho a la educación debido a la inadecuada formación en materia de higiene menstrual, a la insuficiencia de instalaciones de agua, saneamiento e higiene en las escuelas, al acoso de sus compañeros y al escaso acceso a material sanitario. El Programa de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH, por sus siglas en inglés) de UNICEF Etiopía reconoce que la gestión de la higiene menstrual (MHM, por sus siglas en inglés) es un aspecto importante para eliminar las desigualdades en el acceso a los servicios WASH, y que la MHM contribuye

a reducir el matrimonio de temprana edad mejorando la asistencia de niñas a la escuela, el rendimiento y finalización de sus estudios. UNICEF Etiopía diseñó y apoyó la ejecución de un programa piloto de gestión de la higiene menstrual en seis regiones de Etiopía entre agosto de 2016 y diciembre de 2020. El objetivo del programa era romper el silencio sobre la gestión de la higiene menstrual y capacitar a las adolescentes para permanecer en la escuela durante la menstruación. Un estudio final del programa piloto demostró que el acceso a material sanitario durante la menstruación estaba asociado a un menor absentismo escolar.



Contexto

En 2017, había en Etiopía unas 17,9 millones de niñas adolescentes entre los 10 y los 24 años, lo que representa más de un tercio (34 por ciento) de la población total del país.¹ Los resultados de una encuesta nacional de referencia de conocimientos, actitudes y prácticas sobre WASH realizada en 2016 en Etiopía mostraron que el 70 por ciento de las adolescentes sabían que la menstruación es un proceso natural que se produce cuando la niña alcanza la pubertad. Sin embargo, la mayoría de las niñas no están preparadas para gestionar su menstruación. El 52 por ciento de las adolescentes nunca recibieron información sobre la higiene menstrual; sólo el 22 por ciento de las madres reportaron que habían hablado con su hija sobre la menstruación antes de que empezara a menstruar. Menos de la mitad de las adolescentes del estudio de referencia (42 por ciento) sabían que el material menstrual casero y las compresas/ropa interior reutilizables deben lavarse con agua y jabón.²

En Etiopía, el proceso natural de la menstruación está fuertemente asociado a la vergüenza y el silencio. Un mito generalizado sobre la menstruación es que es un indicador del inicio

de la actividad sexual. En las comunidades rurales tradicionales, este mito puede ser extremadamente perjudicial y potencialmente peligroso para las adolescentes, ya que está relacionado con la creencia de que la menstruación es un signo de madurez que significa que una adolescente está preparada para casarse. Las niñas que van a la escuela sufren el acoso y las burlas de sus compañeros, especialmente de los adolescentes, lo que las lleva a perder días de clase durante el periodo menstrual y, en muchos casos, a abandonar la escuela. Profesores y funcionarios escolares son de poca ayuda, ya que la mayoría no son conscientes de la importancia de este problema. La infraestructura de agua, saneamiento e higiene en las escuelas se encuentra en general en mal estado, y más de la mitad de las niñas (56 por ciento) afirman que nunca tienen acceso al agua en las escuelas. Los centros de gestión del higiene de la menstruación creados para las niñas tienden a no utilizarse porque las niñas prefieren que no se las identifique como que tienen la regla al utilizar los centros, y, en algunos casos, requieren pedir una llave a un docente varón para utilizar esas instalaciones.³





Enfoque estratégico

UNICEF Etiopía encargó dos encuestas de referencia entre 2016 y 2017 (dirigidas por equipos de investigación etíopes) para informar y orientar el diseño del programa piloto de MHM, así como para desarrollar el marco de seguimiento y los indicadores para medir los progresos y orientar la evaluación final. Antes de la línea de base de UNICEF, nunca se había realizado una encuesta nacional detallada sobre la menstruación en Etiopía, sólo se habían llevado a cabo estudios de pequeña escala, y sólo para algunas regiones. Tampoco había casi ninguna prueba que analizara las actitudes y creencias sobre la menstruación entre los hombres y los niños en el país. UNICEF también organizó una encuesta nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) a principios de 2017 para establecer datos de referencia para la estrategia del programa WASH de UNICEF en el Etiopía.

La unidad WASH de UNICEF Etiopía tradujo los resultados de referencia en un programa piloto

de gestión de la higiene menstrual titulado "Rompiendo el silencio sobre la gestión de la higiene menstrual".⁴ El objetivo del programa era garantizar la seguridad, la dignidad y el empoderamiento de las adolescentes, contribuyendo al mismo tiempo en su permanencia en las escuelas en el momento crítico de la menstruación. En concreto, los objetivos clave del programa eran lograr que el 80 por ciento de las adolescentes de las escuelas seleccionadas practicaran una adecuada MHM, y así reducir en un 80 por ciento el número de niñas que se ausentan o abandonan las escuelas participantes. Las actividades piloto se llevaron a cabo en 47 escuelas situadas en seis regiones del país: Afar, SNNP, Oromia, Amhara, Somalia y Gambella, entre agosto de 2016 y diciembre de 2020.

En colaboración con UNICEF, el Ministerio de Salud de Etiopía elaboró una guía nacional de gestión de la salud materna diseñada para abordar el tema de MHM en escuelas, comunidades y lugares de trabajo, así como en situaciones de emergencia. El 15 de febrero de 2017, UNICEF puso en marcha talleres de formación de formadores en gestión de la higiene menstrual centrados en la comunidad y la escuela, para un total de 240 empleados de las oficinas regionales de salud y educación de las regiones de Oromia, Amhara, Gambella, Afar, SNNP y regiones de Somalia. El taller de formación de formadores estableció procesos de coordinación entre los sectores educativo y de salud, y proporcionó a personas focales de datos globales, nacionales y regionales sobre la menstruación. También presentó a los participantes el paquete de servicios de MHM: Actividades de CSC sobre la menstruación, espacios seguros para que las niñas puedan recibir apoyo de sus pares, asesoramiento y kits de emergencia, así como la mejora en instalaciones WASH y el suministro de kits MHM.⁵



El programa piloto consistió en un componente de abogacía y un componente de prueba de concepto para evaluar diversos productos de toallas sanitarias y opciones de comercialización y distribución. UNICEF Etiopía participó en actividades de diálogo con actores clave interesados de alto nivel del gobierno y sus socios para promover el programa e influir en los programas de agua, saneamiento e higiene adaptados a las adolescentes y las mujeres. Las actividades de abogacía incluyeron:

- Promoción en todo el país de normas de calidad aceptables para la producción local de toallas reutilizables;
- Revisión y validación en todo el país del manual institucional de diseño y construcción de instalaciones de agua, saneamiento e higiene para incluir la provisión de instalaciones seguras, privadas y adaptadas a la gestión de la higiene menstrual en las escuelas;
- Integración nacional de la MHM en el Programa de Extensión Sanitaria (HEP);
- Adopción conjunta de las directrices nacionales de gestión de la higiene menstrual por parte del Ministerio de Salud (MdS) y del Ministerio de Educación (MdE).
- Vinculación con las mejores prácticas regionales/globales y la base de conocimientos.⁶

El programa trabajó en asociación con los Ministerios de Agua, Salud y Educación, signatarios del programa nacional One WASH, y sus respectivas oficinas. UNICEF también colaboró con Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) para compartir/aprender conocimientos y prácticas sobre MHM, contrató a expertos especializados del mercado regional/mundial para trabajar en normas de calidad y mecanismos de regulación, y se asoció con empresas locales de medios de comunicación (públicas y privadas) para sensibilizar a actores clave.

Las actividades más relevantes de la prueba de concepto fueron:

- Crear acceso a infraestructuras de agua, saneamiento y eliminación de residuos en las escuelas (instalaciones de agua, saneamiento e higiene adaptadas a la MHM y espacios seguros);
- Desarrollo de capacidades para la producción local de toallas sanitarias en escuelas y comunidades (evaluación de la viabilidad empresarial para la producción local y la venta de toallas reutilizables, suministro de materiales y equipos para la producción local de toallas, y vinculación/asociación con el sector privado para acceder a insumos clave para la producción local de toallas seguras y de calidad);
- Intervenciones de CSC. Las actividades de intervención incluían proporcionar a niñas y niños información previa y posterior a la menarquia para garantizar que estaban preparados e informados sobre la menstruación. Se animó a los niños y a los jóvenes a comprender la importancia de la higiene menstrual y a apoyar a las niñas y a las mujeres durante su menstruación. Los niños participaron en actividades escolares, sobre todo a través de clubes y contenido mini-media, y actuaron como modelos de conducta e influencias para sus compañeros; su objetivo era



© UNICEF/Etiopía

persuadir a otros niños a que dejaran de hacer burla a las niñas durante su menstruación. Se celebraron reuniones comunitarias para debatir, desestigmatizar y disipar mitos e ideas erróneas sobre la menstruación, y para concientizar sobre la necesidad de apoyar a las niñas y mujeres en lugar de excluirlas durante su ciclo menstrual. También se involucró a líderes de opinión (en concreto, líderes religiosos y de clanes) para que apoyaran la gestión de la higiene menstrual;

- Monitoreo y Evaluación (MyE) y Gestión del Conocimiento, es decir, gestión e intercambio de conocimientos entre actores del sector, incluida la vinculación con asociaciones regionales/globales y acuerdos de servicios con empresas de consultoría especializadas; encuestas de línea de base/final, evaluación intermedia y monitoreo.⁷

El componente de la cadena de suministro de toallas sanitarias del programa creó grupos de mujeres para producir toallas reutilizables y prestar apoyo a fabricantes locales mediante asociaciones para mejorar la producción, el envasado, la distribución y el uso de productos de toallas sanitarias en las regiones objetivo. Con respecto a la fabricación, las empresas asociadas se dedicaron a la integración regresiva de la producción de materias primas, como absorbentes y protectores. Con relación a las ventas, se utilizaron farmacias y clínicas de planificación familiar a nivel local y regional, para llevar los productos a las comunidades.

En 2020 se llevó a cabo un estudio de evaluación final para comprender los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la gestión de la higiene menstrual entre las alumnas y los alumnos como resultado de las actividades piloto. El estudio utilizó un enfoque transversal de métodos mixtos, con datos recogidos de fuentes primarias y secundarias (entrevistas estructuradas, entrevistas en profundidad, grupos de discusión, historias de casos, observación y revisión de documentos).





Principales resultados⁸

Las actividades del programa piloto desempeñaron un papel importante en la mejora del acceso a instalaciones y material higiénico para la MHM en las escuelas. Las niñas obtuvieron acceso gratuito a toallas sanitarias de calidad, lugares seguros para cambiarse de toalla, descansar y realizar consultas, acceso al agua e instalaciones de letrinas. Los principales resultados del programa incluyen:

- El porcentaje de niñas que habían oído hablar alguna vez de la MHM aumentó del 48 por ciento en 2016 (línea de base del programa piloto) al 95 por ciento en la línea final en 2020.
- El porcentaje de niñas que sabían que la menstruación es un proceso natural que se produce cuando una niña alcanza la pubertad aumentó del 70 por ciento en 2016 al 93 por ciento en 2020.
- El uso de toallas desechables y reutilizables aumentó del 50 por ciento y el 3 por ciento respectivamente en la línea de base, al 80 por ciento que prefería toallas desechables y 15 por ciento que prefería toallas reutilizables en la encuesta final.
- La práctica de lavar el material menstrual reutilizable con agua y jabón aumentó del 77 por ciento en la línea de base al 99 por ciento en la encuesta final.
- Al menos el 90 por ciento de las niñas en la encuesta final dijeron que en su escuela había toallas gratuitas. Esto supone un aumento significativo respecto al 19 por ciento en 2016.
- El 72 por ciento de las niñas afirmaron que utilizaban los espacios o salas seguras de la escuela durante la menstruación. Entre las que utilizaban los espacios o salas seguros, el 78 por ciento utilizaba las instalaciones para descansar y el 71 por ciento para cambiarse las toallas sanitarias. El 21 por ciento utilizaba los espacios o salas seguras para hacer consultas.
- El 42 por ciento de las niñas en la encuesta final afirmaron que siempre hay agua disponible en la escuela para la higiene menstrual, un porcentaje significativamente mayor que el 16 por ciento en 2016.
- Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la línea de base y la encuesta final en el porcentaje de niñas que faltaron a la escuela durante la menstruación, la razón más citada fue demasiado dolor, y no burlas u otras razones asociadas a la vergüenza.
- Participantes en el estudio cualitativo (niñas y niños) informaron de una mejora en los conocimientos y un cambio de actitud en relación con la MHM dentro de la comunidad escolar y la comunidad en general. Las participantes en los grupos de discusión confirmaron que los niños en la escuela habían dejado de burlarse de ellas por la menstruación. Los niños que participaron en las discusiones afirmaron que habían dejado de burlarse de las niñas que menstruaban gracias al programa. Dichos niños dijeron que apoyaban más a las niñas cuando estaban menstruando, por ejemplo, compartiendo sus apuntes si faltaban a clase, o, si veían manchas de sangre menstrual en la ropa de una niña, le ofrecían su ropa para cubrirla y la ayudaban a ir al espacio o sala segura.

POR LO MENOS
90%
DE LAS NIÑAS

en la encuesta final dijeron que las toallas sanitarias están disponibles en su escuela de forma gratuita

72%
DE LAS NIÑAS

dijeron haber utilizado espacios o salas seguras de la escuela durante la menstruación

42%
DE LAS NIÑAS

afirmaron que siempre hay agua disponible en la escuela para la higiene menstrual, un porcentaje significativamente mayor que el 16 por ciento registrado en la encuesta de 2016



Lecciones aprendidas

- 1** Las actividades de concientización sobre la menstruación entre los estudiantes son importantes para crear actitudes positivas hacia la menstruación, y ayudan a evitar que los niños se burlen de las niñas durante su menstruación, reduciendo el absentismo escolar. Involucrar a niños y hombres en conversaciones sobre la menstruación puede ayudar a romper el tabú y crear un entorno de apoyo para niñas y mujeres.
- 2** Proporcionar información pre y posmenstrual tanto a las niñas como a los niños, así como a padres y cuidadores, puede ayudar a disipar ideas erróneas e incrementar conocimientos.
- 3** Realizar discusiones comunitarias y campañas de sensibilización sobre la higiene menstrual puede ayudar a romper el silencio y fomentar una comunicación abierta sobre la menstruación.
- 4** Implicar a miembros de la comunidad para romper el silencio en torno a la menstruación, como líderes religiosos y dirigentes locales, puede ser un enfoque eficaz para promover el cambio de comportamiento y abordar los tabúes culturales. Involucrar a dichas figuras influyentes de la comunidad puede ayudar a aumentar la aceptación y la asimilación de las prácticas de higiene menstrual, así como a generar apoyo para las intervenciones de cambio social y de comportamiento.
- 5** La disponibilidad de espacios seguros es esencial en las escuelas para que las niñas se cambien las toallas sanitarias, descansen y consulten con otras sobre su higiene menstrual. Las niñas consideraron que los espacios seguros eran necesarios para gestionar su higiene menstrual, y utilizaron las instalaciones para el fin previsto. La construcción de espacios seguros debe tener en cuenta el número de niñas en la escuela para garantizar la adecuación de las salas y la correcta selección del lugar para salvaguardar la intimidad.



© UNICEF/Ethiopia



Recomendaciones

- 1** Las intervenciones de MHM también deben abordar los tabúes y creencias culturales y religiosas que impiden a las niñas realizar actividades sociales y religiosas durante la menstruación.
- 2** Explorar el uso de la tecnología, como las aplicaciones móviles o las plataformas de mensajería interactiva, para aumentar el acceso a la información y la educación en torno a la higiene menstrual, especialmente en zonas con acceso limitado a los servicios sanitarios.
- 3** Aumentar la participación de los profesores varones para hacerlos sentir más cómodos al hablar o enseñar sobre la menstruación.
- 4** Fomentar las alianzas con entidades del sector privado para aumentar el acceso a productos sanitarios asequibles y de calidad, especialmente para las comunidades de bajos recursos.
- 5** Los futuros programas escolares de MHM deben centrarse no sólo en la construcción de instalaciones de WASH, sino también en garantizar el suministro ininterrumpido de agua mediante la instalación de recipientes adecuados de almacenamiento de agua, el uso adecuado y el mantenimiento periódico de las letrinas, y la mejora de la higiene de las letrinas.
- 6** Integrar la educación sobre la gestión de la higiene menstrual en los programas escolares para garantizar que los niños y adolescentes comprendan la importancia de las prácticas de higiene menstrual y reciban información precisa y confiable.
- 7** Se debe tener en cuenta el número de niñas de la escuela a la hora de determinar el tamaño de los espacios seguros y la selección adecuada del espacio para ubicar las instalaciones en zonas que garanticen la intimidad de las niñas.
- 8** Potenciar el MHM para garantizar que las intervenciones lleguen a los grupos más vulnerables, es decir, a las niñas con discapacidad y aquellas en situaciones humanitarias.
- 9** Además de proporcionar toallas sanitarias a las escuelas, los futuros programas similares también deberían centrarse en implantar un sistema de producción local de material sanitario (por ejemplo, apoyar a las escuelas para que produzcan material sanitario fabricado localmente) proporcionando capital inicial, herramientas y formación a los profesores.
- 10** Desarrollar programas comunitarios de educación y tutoría entre pares en los que las niñas y mujeres mayores actúen como mentoras de las más jóvenes, proporcionándoles apoyo, información y consejos prácticos sobre higiene menstrual.
- 11** Llevar a cabo una labor de abogacía con las oficinas de educación y las escuelas para que asignen presupuesto a la producción de toallas sanitarias reutilizables.
- 12** Crear un sistema de seguimiento y evaluación en la escuela para medir la contribución de MHM a la educación de las adolescentes, incluido el absentismo y el abandono escolar debido a la menstruación.

Notas finales

- 1 Fondo de Población de las Naciones Unidas, 'Adolescent and youth dashboard - Ethiopia', UNFPA, 2017, <www.unfpa.org/data/adolescent-youth/ET>.
- 2 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Report on KAP baseline survey on water, sanitation, and hygiene in eight regions of Ethiopia. Addis Abeba, Etiopía: DAB Development Research and Training PLC, UNICEF, Etiopía, 2017.
- 3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Gestión de la higiene menstrual en Etiopía: Informe nacional de referencia de seis regiones de Etiopía, UNICEF Ethiopia WASH, mayo de 2017, <www.unicef.org/ethiopia/media/3096/file/Menstrual%20Hygiene%20Management%20in%20Ethiopia.pdf>.
- 4 El programa fue financiado por la Embajada del Reino de los Países Bajos.
- 5 Kalkidian Gugsu, 'UNICEF Etiopía: Menstrual hygiene management programme kicked off with a training of trainers in Oromia and Somali regions', febrero de 2017, <<https://unicefethiopia.wordpress.com/2017/03/30/menstrual-hygiene-management-programme-kicked-off-with-a-training-of-trainers-in-oromia-and-somali-regions/>>.
- 6 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Endline KAP survey on menstrual hygiene management among schoolgirls and boys in 6 regions of Ethiopia (Afar, Gambella, Somali, Oromia, Amhara, and SNNP): Informe de evaluación. Addis Abeba, Etiopía: DAB Development Research and Training PLC, UNICEF Etiopía, 2020, p. 3.
- 7 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Endline KAP survey on menstrual hygiene management among schoolgirls and boys in 6 regions of Ethiopia (Afar, Gambella, Somali, Oromia, Amhara, and SNNP): Informe de evaluación. Addis Abeba, Etiopía: DAB Development Research and Training PLC, UNICEF Etiopía, 2020, p. 3-4.
- 8 Para una relación completa de los principales Resultados, véase UNICEF Etiopía (2020). Encuesta final CAP sobre la gestión de la higiene menstrual entre escolares de 6 regiones de Etiopía (Afar, Gambella, Somali, Oromia, Amhara y SNNP): Informe de evaluación. Addis Abeba, Etiopía: DAB Development Research and Training PLC.



UNICEF Sudán del Sur apoya la estrategia para llegar a las poblaciones de difícil acceso con información sobre la prevención del cólera

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen

Sudán del Sur ha sufrido brotes perennes de cólera con efectos devastadores para la salud, el bienestar y la situación socioeconómica de la población. Un brote de cólera de gran escala afectó a Sudán del Sur de junio de 2016 a diciembre de 2017, con un resultado de 20.438 casos y 436 muertes en un tercio de todos los condados. La Oficina de UNICEF en Sudán del Sur (SSCO) encargó un estudio KAP en 2016 para identificar los factores clave de comportamiento y de comunicación a considerar en la planificación de las intervenciones de cambio social y de comportamiento. Basándose en las conclusiones del estudio, el equipo de cambio social y de comportamiento (CSC) de la SSCO diseñó un plan de respuesta dirigido a

zonas con transmisión activa del cólera cuyas poblaciones estaban fuera del alcance de los esfuerzos convencionales de comunicación y participación comunitaria, principalmente entre los campamentos de ganado. Las dos plataformas clave utilizadas para la educación y la comunicación de riesgos fueron la participación comunitaria y en hogares y los medios masivos de comunicación. En las zonas afectadas se alcanzó a un total de 1.912.187 personas de 362.615 hogares. Se alcanzaron otras 2.173.381 personas con mensajes clave sobre el cólera a través de variados esfuerzos de comunicación interpersonal, y al mismo tiempo se llegó a 2,4 millones de personas a través de mensajes en los medios masivos de comunicación.

En Sudán del Sur, sólo alrededor del 50 por ciento de la población tiene acceso a suministros mejorados de agua potable, y aproximadamente el 65 por ciento practica la defecación al aire libre. La sequía ha provocado una grave escasez de agua y alimentos en el país, obligando a la población, especialmente a los pastores de ganado, a reunirse en torno a los pocos suministros de agua que quedan, lo que les hace más vulnerables a enfermedades. La mayoría de la población cree que el agua clara es segura cuando, en realidad, puede estar contaminada con partículas fecales y parásitos que causan el cólera y otras enfermedades. La defecación al aire libre y beber agua de fuentes inseguras (por ejemplo, pantanos o ríos) han contribuido a los brotes de cólera en todo el país.

Un brote de cólera de gran escala, que duró 16 meses, afectó a Sudán del Sur desde junio de 2016 hasta diciembre de 2017, y provocó 20.438 casos y 436 muertes en un tercio de todos los condados. Los menores de 19 años constituyeron casi el 60 por ciento del total de casos de cólera durante dicho brote. Entre las poblaciones más afectadas se encontraban las comunidades de zonas de desembarco y ciudades a lo largo del río Nilo, los habitantes de los campamentos de ganado y poblaciones que vivían en islas con acceso limitado a servicios sociales básicos.

Muchos eran desplazados que vivían con acceso inadecuado a instalaciones de agua, saneamiento e higiene (WASH).

Las comunidades pastorales representan a un sector importante de la población de Sudán del Sur. La mayoría de sus campamentos están situados en zonas pantanosas dispersas, aisladas y remotas, con una accesibilidad muy limitada, especialmente durante las temporadas de lluvia. Estas comunidades cambian frecuentemente de ubicación en función de la disponibilidad de pastos y agua para los animales que cuidan. Debido al carácter temporal de los asentamientos y a las arraigadas tradiciones de la comunidad, la defecación al aire libre es una práctica común. Otra práctica es el consumo de agua de pantano o de río, insalubre y sin tratar, que a menudo se comparte con los animales. La cultura de no enterrar a sus muertos contribuye a crear un entorno propicio para la transmisión de la bacteria del cólera, ya que los cadáveres se descomponen directamente en los ríos y pantanos. La mayoría de esta población no sabe leer y escribir, y prefiere recibir información de sus compañeros. Por estas razones, suelen quedar fuera del alcance de intervenciones estratégicas convencionales de movilización comunitaria para la promoción de la higiene y la prevención del cólera.



© UNICEF/UN0841096/Naftalin

Enfoque estratégico

La Oficina de UNICEF en Sudán del Sur (SSCO) encargó un estudio KAP en 2016 para identificar los factores clave de comportamiento y comunicación que debían tenerse en cuenta al planificar las intervenciones de cambio social y de comportamiento; un estudio de referencia apoyado por la Red Integrada de Movilización Comunitaria (por sus siglas en inglés ICMN) recopiló datos clave sobre conocimientos y prácticas familiares en 400 hogares que complementaron el estudio KAP. Basándose en las conclusiones del estudio, el equipo de SSCO SBC diseñó un plan de respuesta dirigido a zonas de transmisión activa del cólera cuyas poblaciones estaban fuera del alcance de los esfuerzos convencionales de comunicación y participación comunitaria, principalmente entre los campamentos de ganado. El plan se centró en intervenciones de emergencia durante los brotes de cólera y en actividades de preparación durante el periodo interepidémico. El objetivo general era controlar y prevenir la transmisión del cólera entre las poblaciones afectadas y de riesgo (incluidos los campamentos de ganado, los desplazados internos y las comunidades pesqueras) aumentando la percepción del riesgo y el conocimiento de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Las dos plataformas clave utilizadas para la educación y la comunicación de riesgos fueron las de participación comunitaria/doméstica y medios de comunicación. La ICMN fue clave para facilitar la participación eficaz de la comunidad. La red de 2.506 miembros de la ICMN, formada por movilizadores comunitarios entrenados, estuvo presente en seis estados afectados por el cólera y trabajaba con siete socios implementadores. La ICMN apoyó el involucramiento de la comunidad mediante conversaciones entre pares y conversaciones bilaterales con los hogares y las personas en contacto directo con los hogares (por ejemplo, vendedores de agua y alimentos; líderes tradicionales, religiosos, jóvenes y mujeres; foros comunitarios e instituciones como escuelas, instalaciones sanitarias, centros de culto y

mercados). Los movilizadores comunitarios se contactaron con las comunidades a través los hogares, llevaron a cabo sesiones de orientación en las escuelas y celebraron reuniones de líderes comunitarios y religiosos, así como sesiones de participación comunitaria en los mercados y suministros de agua. También se intensificó la movilización local en masas mediante presentaciones de teatro tradicional y eventos musicales.

Se utilizaron plataformas radiofónicas para reforzar la comunicación de riesgos. Un total de 32 canales de radio emitieron jingles, programas de entrevistas y anuncios para alertar a los oyentes del riesgo de cólera y educar a las comunidades sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad, en nueve lenguas locales. Se creó un servicio de atención telefónica en colaboración con el operador privado de telefonía móvil Vivacell, para asesorar sobre el cólera. Para aumentar el alcance y el impacto de las emisiones radiofónicas, estas se complementaron con anuncios en medios de



© UNICEF/UN0836984/Naftalin

comunicación tradicionales y megáfonos a nivel comunitario.

Se desarrolló una estrategia de campamentos ganaderos con el fin de involucrar a las poblaciones móviles. Esta estrategia consistía en identificar e involucrar a los líderes de opinión entre las comunidades ganaderas, trabajar con ellos para rastrear a la comunidad migrante y garantizar su participación activa en todas las actividades de movilización. Otras actividades incluyeron la formación y el establecimiento de equipos de respuesta rápida a nivel nacional, estatal y de condado, la microplanificación mediante mapas sociales y la vigilancia comunitaria.

Se diseñaron materiales de comunicación estandarizados (por ejemplo, gráficos murales y folletos) para informar y movilizar a las comunidades durante las campañas de vacunación oral contra el cólera, y se colocaron en las comunidades, los Puntos de Rehidratación Oral, las Unidades/Centros de Tratamiento del Cólera, los centros sanitarios, las escuelas y otros lugares clave. Los materiales eran muy visuales y fáciles de entender y utilizar en las sesiones educativas.

UNICEF contribuyó a la estrategia aprovechando las sinergias intersectoriales entre los sectores de Salud, SBC y WASH. A nivel nacional, UNICEF copresidió un grupo de trabajo sobre movilización social y comunicación. Este grupo coordinó las intervenciones de participación comunitaria en colaboración con el gobierno, los principales actores clave interesados y los grupos humanitarios, así como la comunicación con los grupos de trabajo comunitarios para promover y mantener resultados sociales y de comportamiento óptimos. UNICEF también trabajó con 32 canales de radio de todo el país para desarrollar mensajes clave y materiales de comunicación estandarizados, mediante acuerdos LTA (por sus siglas en inglés Long Term Agreement) con proveedores de promoción, impresión y producción de audio. Bajo la supervisión conjunta de los sectores WASH, Salud y SBC, los equipos de UNICEF realizaron visitas a todos los focos de cólera, durante las cuales se proporcionó apoyo técnico y orientación a los socios ejecutores y a las comunidades sobre la prevención y el control eficaces del brote. Se recopilaron, cotejaron y compartieron semanalmente informes periódicos de situación (Sitreps) con la OMS y el Foro Nacional de Emergencia y Respuesta utilizando un formato de informe estandarizado.





Principales resultados

- El enfoque estratégico e integrado de la respuesta al cólera permitió promover intervenciones de comunicación bidireccional que abarcaron 74 de los 80 condados de los diez estados del país.
- En las zonas afectadas se llegó a 1.912.187 personas de 362.615 hogares. Se llegó a otras 2.173.381 personas con mensajes clave sobre el cólera a través de los diversos esfuerzos de comunicación interpersonal, mientras que se alcanzó a 2,4 millones de personas a través de mensajes en los medios masivos de comunicación.
- 2.000 personas accedieron a la línea telefónica de atención directa para reportar casos sospechosos o para recibir información sobre la prevención del cólera.
- De 5.640 casos de cólera, 5.468 (97 por ciento) fueron tratados en centros de salud. Según los registros de alta de pacientes, la mayoría de ellos indicaron que se enteraron de estrategias de prevención y tratamiento del cólera gracias a visitas casa por casa, reuniones comunitarias y mensajes radiofónicos. Otras fuentes de información señaladas son el material impreso y la línea telefónica de atención sobre el cólera. Las discusiones en grupos focales llevados a cabo por socios implementadores, las entrevistas puntuales realizadas durante las giras y las observaciones revelaron que los vendedores de comida de Juba (capital de Sudán del Sur) y otros focos geográficos de cólera mostraban un comportamiento higiénico positivo en sus negocios como resultado de la exposición a los mensajes sobre el cólera.
- Como resultado de las intervenciones, no se registró ningún caso de cólera entre diciembre de 2017 y abril de 2019.

74 DE 80 CONDADOS

en los 10 estados del país cubiertos

1,912,187 PERSONAS

en 362.615 hogares alcanzadas
en zonas afectadas

2,000 PERSONAS

accedieron a la línea de atención telefónica



Lecciones aprendidas y recomendaciones

- 1 La respuesta estratégica al brote de cólera puede utilizarse para promover otras cuestiones importantes relacionadas con la salud y los derechos del niño.** En Sudán del Sur, la estrategia de respuesta al brote de cólera se ha aprovechado en otras estrategias de prevención de enfermedades, como la fiebre del valle del Rift, la malaria y la hepatitis E, y más brotes. También se ha utilizado para promover los derechos de los niños, con especial atención a la supervivencia infantil, la notificación de nacimientos y las actividades de educación y promoción de la higiene.
- 2 Las intervenciones comunitarias pueden llegar a poblaciones que están más allá del alcance de las estructuras gubernamentales.** En Sudán del Sur, las estructuras gubernamentales a nivel subnacional son débiles, y no existen más allá del nivel de los condados. Las intervenciones comunitarias que incluyen redes de socios locales pueden ampliar el alcance de los mensajes y aumentar su impacto porque se percibe que proceden de "pares".
- 3 Contar con un organismo general que apoye la movilización comunitaria es clave para lograr un mayor contacto con las poblaciones destinatarias.** La RICM permite a un gran número de movilizadores comunitarios involucrar a las comunidades y a los hogares mediante enfoques de comunicación constantes y adaptados a la situación local.
- 4 Utilizar la radio, los medios de comunicación tradicionales y crear materiales de comunicación altamente visuales es esencial para llegar a las poblaciones analfabetas.** En el contexto de Sudán del Sur, y especialmente entre la población móvil y desplazada, donde el nivel de alfabetización es particularmente bajo, el acceso a la radio y a materiales de divulgación y educación basados en imágenes es apropiado y necesario para captar a las audiencias que se pretende alcanzar.



© UNICEF/UN0841093/Naftalin

UNICEF Somalia apoya el modelo de atención comunitaria para eliminar la mutilación genital femenina

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/UN165232/Holt

Breve resumen

UNICEF Somalia apoyó la integración de actividades para eliminar la mutilación genital femenina (MGF) en programas más amplios que se centran principalmente en la violencia de género, como el programa Communities Care: Programa de Transformación de Vidas y Prevención de la Violencia (Programa CC), que comenzó en Somalia en 2013. El objetivo del programa CC ha sido involucrar y apoyar a las comunidades para que hagan frente a la violencia de género (VG) cambiando los comportamientos individuales, las prácticas colectivas y las creencias generalizadas que contribuyen a la violencia contra las mujeres y las niñas y limitan la capacidad de las sobrevivientes para buscar apoyo y asistencia. Cuando se inició el Programa CC, hubo resistencia a discutir

sobre temas delicados, como la MGF y el matrimonio infantil. Sin embargo, dado que el programa se centra en establecer relaciones a largo plazo, basadas en el diálogo comunitario y en la identificación local de necesidades, prioridades y soluciones, los enfoques adoptados son apropiados al contexto local, adquieren sentido de pertenencia y cuentan con el apoyo local. Los diálogos comunitarios han generado la oportunidad de debatir expectativas y normas sociales, las preocupaciones de salud relacionadas con la MGF, así como las funciones y responsabilidades de distintos actores. La programación integrada ha permitido un compromiso multisectorial más amplio y una mejora de coordinación entre el amplio grupo de actores interesados.

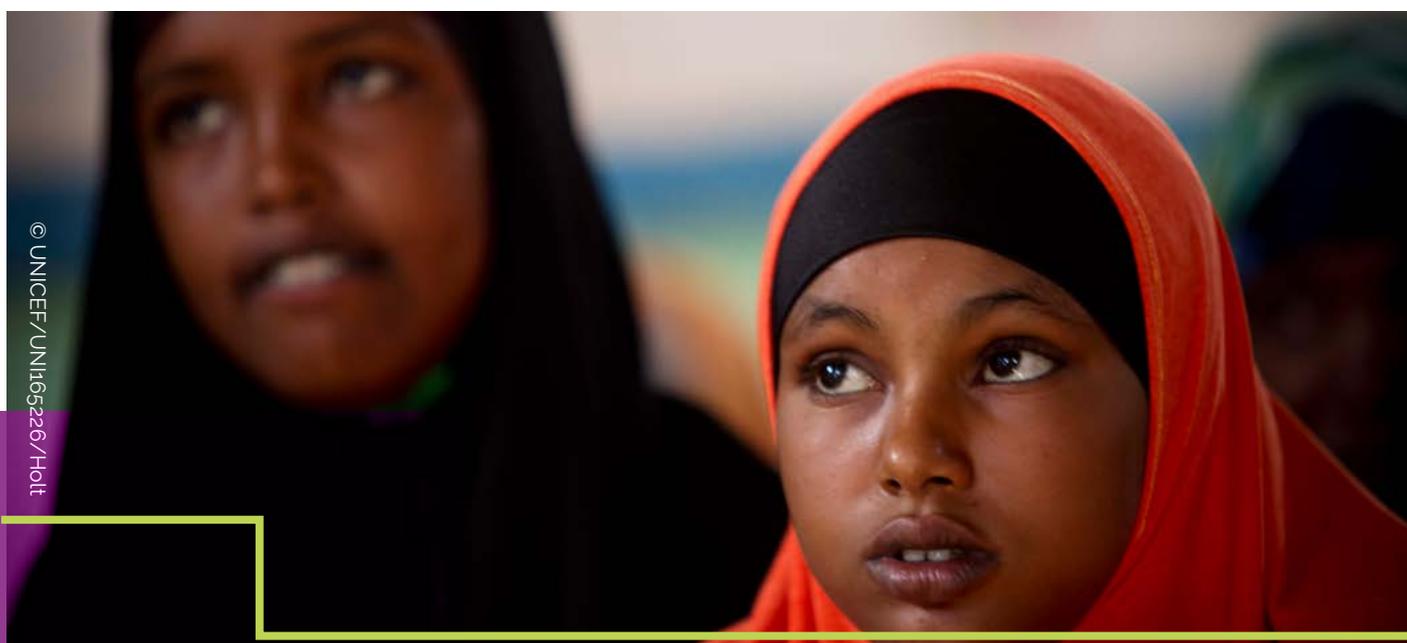


Contexto

La mutilación genital femenina (MGF) consiste en alterar o lesionar los genitales externos femeninos sin razón médica alguna. Esta práctica supone graves riesgos para la salud y el bienestar de niñas y mujeres y es ampliamente considerada como una violación de los derechos humanos. Aunque el gobierno y los actores políticos han demostrado su compromiso de promover proyectos de ley y políticas sobre la MGF a nivel federal y del gobierno de Somalilandia, dicha práctica sigue siendo ampliamente realizada en todo el país. La reciente Encuesta Demográfica y de Salud Somalí (2020) mostró una tasa de prevalencia de la MGF del 99 por ciento. La violencia sexual y de género contra mujeres y niñas, incluidas las violaciones en grupo, los matrimonios forzados y la MGF, se consideran problemas importantes en todos los estados federales de Somalia.¹ El enorme esfuerzo necesario para reducir esta práctica se ve dificultado por la debilidad de la autoridad gubernamental que se da en el marco de un largo conflicto social, la inestabilidad política y la escasez de recursos. A pesar de los esfuerzos del gobierno federal por reforzar los sistemas de protección de la infancia a todos los niveles, la gobernanza y la práctica difieren de una región a otra, y la práctica de la MGF

está profundamente arraigada en las normas y prácticas sociales de las comunidades.

En dicho contexto, en 2008 se puso en marcha en Somalia el [Programa Conjunto UNFPA-UNICEF](#), en un esfuerzo de colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y varias organizaciones no gubernamentales. Hasta la fecha, el trabajo relacionado contra la MGF se ha integrado en esfuerzos programáticos de mayor amplitud, como los dirigidos a combatir la violencia de género (VG). Incluir el tema de la MGF en aspectos programáticos más amplios puede ser prometedor en el contexto de Somalia, porque ofrece una forma menos conflictiva de involucrar a las comunidades y a los actores interesados en una cuestión muy delicada dentro del contexto más amplio de la VG y, dado que Somalia tiene recursos muy limitados, un enfoque de programación integrada proporciona una oportunidad de mejorar la adecuación y sostenibilidad de las distintas intervenciones. Fusionar los programas que tienen financiamiento a corto plazo con otros que tienen fondos multianuales, ha permitido establecer a la larga, cercanía con las comunidades, requisito esencial para la participación y el cambio significativo y duradero.



© UNICEF/UNI166226/Holt



Enfoque estratégico

Con el apoyo de UNICEF y el UNFPA, se elaboró una nueva estrategia nacional para orientar los esfuerzos de lucha contra la MGF. Los pilares clave de la estrategia incluían:

- Un fuerte enfoque basado en derechos y defensa de alto nivel: derechos humanos, derechos de la mujer, derechos del niño y política y legislación nacionales.
- Maximizar el papel de los líderes religiosos, la terminología religiosa y las creencias religiosas y espirituales, ya que el 72 por ciento de las mujeres creen que la MGF es un requisito religioso (DHS 2020).
- Abordar la medicalización de la MGF y capitalizar el papel del Ministerio de Salud, el sector sanitario y los trabajadores de la salud en la prestación, prevención y tratamiento de la MGF.
- Cambiar la narrativa y volver a centrar el mensaje en la Tolerancia Cero hacia la MGF, dado que no se ha reducido la prevalencia.
- Acelerar la educación, la concientización y el compromiso de la comunidad para cambiar las normas sociales.
- Destacar la importancia de la documentación y del seguimiento y evaluación periódicos para demostrar los impactos programáticos y de defensa a lo largo del tiempo.

Los esfuerzos programáticos se integraron en programas de mayor amplitud que se enfocan principalmente en la violencia de género, como el *Programa de Atención Comunitaria: Programa de Transformación de Vidas y Prevención de la Violencia* (Programa CC), que comenzó en Somalia en 2013. El objetivo del Programa CC ha sido involucrar y apoyar a las comunidades para que aborden la VG cambiando los comportamientos individuales, las prácticas colectivas y las creencias generalizadas que contribuyen a la violencia contra las mujeres y las niñas y limitan la capacidad de las sobrevivientes para buscar apoyo y asistencia. Cuando se inició el Programa CC, los debates sobre temas delicados, como la MGF y el Matrimonio infantil, fueron recibidos con resistencia. Sin embargo, dado que el programa se centra en establecer relaciones a largo plazo, basadas en el diálogo dirigido por la comunidad y en la identificación local de necesidades, prioridades y soluciones, los enfoques adoptados son apropiados al contexto, pertenecen al ámbito local y cuentan con apoyo local. Esta es también la razón por la que pudieron tratarse temas tabú como la MGF y el Matrimonio infantil.²



En 2013, durante un periodo de 15 semanas, facilitadores locales formados reunieron a diversos grupos de miembros de la comunidad de todas las edades con distintos socios de múltiples sectores (por ejemplo, salud, educación) para debatir y reflexionar sobre valores, creencias y aspiraciones comunes. Este enfoque proporcionó una plataforma para que las comunidades identificaran sus propias prioridades que, en última instancia, informaron el diseño del programa en cada lugar respectivo. A medida que avanzaba el programa, las comunidades identificaron sus necesidades prioritarias, basándose en los debates y explorando las normas sociales de su comunidad que toleran la violencia de género, incluida la MGF, y silencian a quienes la sufren. El diálogo se basó en las realidades cotidianas de las mujeres y niñas de la comunidad y estimuló el debate sobre lo que es relevante, sus prioridades y lo que era importante en su contexto particular. Localizó ideales y valores compartidos y permitió a los miembros de la comunidad trabajar juntos para identificar las acciones colectivas necesarias para transformar las normas y prácticas sociales perjudiciales. La identificación de "campeones del cambio" ha estado vinculada al diálogo continuo a nivel comunitario. Estos "campeones" son identificados durante debates comunitarios y durante el involucramiento dentro del programa de CC como a través del trabajo de los Comités Comunitarios de Protección de la Infancia. Entre estas personas suelen figurar ancianos, líderes religiosos, adolescentes (niñas y niños), madres, padres, autoridades locales y otros.

Teniendo en cuenta el alto número de mujeres que creen que se trata de un requisito religioso, los líderes religiosos que desempeñan un papel importante en la configuración de la vida cotidiana a nivel comunitario, pueden jugar un papel fundamental en la eliminación de la MGF. Aunque el 99 por ciento de los somalíes son musulmanes suníes, las organizaciones que trabajan con líderes religiosos destacaron la necesidad de contextualizar las diferencias entre las agrupaciones religiosas federales y no federales en el desarrollo de la abogacía y del diálogo (según el tipo de Islam suní que se practique). Esta diferenciación tenía relevancia sobre cómo implicar a ciertos imanes y jeques, en lo que respecta a sus posturas ante lo secular y a sus opiniones de las formas de gobernar.

El Ministerio de Salud colaboró con las escuelas de formación de parteras para desmedicalizar la MGF.³ La medicalización de la MGF aumentaba en algunas partes de Somalia (incluida Somalilandia), especialmente en los centros urbanos, y entre la diáspora. Este reto puso de manifiesto la necesidad de diversificar los mensajes y los enfoques para combatir dicha práctica, con el fin de no caer en mensaje tradicional de centrarse principalmente en los riesgos para la salud asociados a las técnicas de mutilación tradicionales. El Ministerio de Salud elaboró módulos sobre la antimedicalización de la MGF en el plan de estudios nacional de partería.



© UNICEF/UN051415/Somalia



© UNICEF/UN051409/Somalia



Principales resultados

- La evaluación de [Community Care realizada en 2018](#) demostró cambios en las normas de desigualdad de género.
- La programación integrada ha permitido un compromiso multisectorial más amplio y la mejora de la coordinación entre una serie diversa de actores clave interesados, como niñas y niños, cuidadores, ancianos, líderes religiosos y proveedores de servicios en los ámbitos de la salud, la educación, la policía y otros. Esta forma de trabajar es coherente con un enfoque de "fortalecimiento de los sistemas" de protección de la infancia, en contraposición a un enfoque "basado en los problemas", en el que los problemas individuales se abordan aislados unos de otros y del contexto social y económico más amplio en el que se manifiestan.
- Los diálogos comunitarios han brindado la oportunidad de debatir las expectativas y normas sociales, los problemas de salud relacionados con la MGF, así como las funciones y responsabilidades de las distintas personas, incluidas las niñas, los niños, los cuidadores, los profesores, los líderes religiosos y las autoridades, y el papel de la religión a la hora de mantener seguras y protegidas a las niñas y las mujeres.



UNICEF/UN1465227/Holt

Grupos diversos DE MIEMBROS DE LA COMUNIDAD

de todas las edades reunidos durante un periodo de 19 semanas para debatir y reflexionar sobre valores y aspiraciones compartidas.

La programación integrada ha permitido un compromiso multisectorial más amplio

Los diálogos comunitarios han brindado la oportunidad de debatir las expectativas y normas sociales



Lecciones aprendidas y recomendaciones

- 1** Resulta útil adoptar un enfoque holístico para abordar la MGF, tanto en lo que se refiere al planteamiento del problema como algo que requiere una colaboración multisectorial, como a la aplicación de una amplia gama de enfoques programáticos, por ejemplo, abordar las normas sociales. Estos esfuerzos combinados son los más prometedores en términos de relevancia y sostenibilidad.
- 2** La necesidad de contextualizar los enfoques contra la MGF es primordial. Aunque ciertos esfuerzos de nivel nacional son necesarios, por ejemplo en política y legislación, el Programa de Atención Comunitaria demostró que las distintas regiones y comunidades pueden tener enfoques diferentes de cómo entablar el diálogo y con quién. La flexibilidad del modelo garantizó que el programa fuera contextualmente relevante y adecuado, y también aumentó el sentido de pertenencia dentro de las familias y las comunidades.
- 3** La necesidad de diversificar los enfoques de la MGF está estrechamente vinculada a la contextualización. En el pasado, los programas y los mensajes han dependido excesivamente de programas importados que no respondían a las realidades locales o incapaces de adaptarse según fuera necesario. Trabajar con las comunidades y apoyar el diálogo sobre cuestiones delicadas exige adoptar un enfoque iterativo que pueda adaptarse con el tiempo.



© UNICEF/UN051413/Somalia

Notas finales

- 1** Nyanduga, B.T., *Situación de los derechos humanos en Somalia: informe del Experto Independiente sobre la Situación de los Derechos Humanos en Somalia*, Informe del Experto Independiente sobre la Situación de los Derechos Humanos en Somalia, 2019, <[https://digitallibrary.un.org/record/3862632?ln=en\[4\]](https://digitallibrary.un.org/record/3862632?ln=en[4])>.
- 2** Glass, N. et al., (2018) 'Evaluating the Communities Care Program: best practice for rigorous research to evaluate gender-based violence prevention and response programs in humanitarian settings', *Conflict and Health*, vol.12, no.5, 31 de enero de 2018.
- 3** La medicalización es la situación en la que los profesionales de la salud llevan a cabo la MGF, ya sea en un centro sanitario o en casa o en cualquier otro lugar, utilizando a menudo instrumentos quirúrgicos, anestésicos y antisépticos con la esperanza de mitigar las complicaciones inmediatas.

UNICEF Uganda apoya un mecanismo de coordinación de WhatsApp para prevenir la mutilación genital femenina transfronteriza entre Uganda y Kenia

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/UN0421437/Abdul

Breve resumen

Detener la mutilación genital femenina (MGF) transfronteriza es una prioridad creciente para el gobierno ugandés. Las áreas ampliamente identificadas a mejorar incluyen el intercambio de información, la coordinación de actividades y los servicios de derivación para niñas y mujeres que corren riesgo de sufrir MGF o necesitan apoyo después de sufrirla. En abril de 2020, la oficina de UNICEF en Uganda apoyó la creación de un mecanismo de coordinación y comunicación basado en WhatsApp sobre la MGF transfronteriza entre distritos fronterizos de Uganda y Kenia, denominado Foro Kenia Uganda contra la MGF. Los jefes de los subcondados locales se convirtieron en administradores del

nuevo grupo de WhatsApp. Los administradores de ambos lados de la frontera moderan la plataforma. Durante el punto álgido del confinamiento por el COVID-19, en marzo-junio de 2020, esta plataforma fue el único medio de que la gente se comunicara para comprender lo que les estaba ocurriendo a niñas y mujeres jóvenes que habían abandonado sus comunidades y no podían ser localizadas. Entre abril y octubre de 2020, el uso de esta plataforma colaborativa de WhatsApp permitió que las autoridades kenianas interceptaran en Kenia a un total de 37 niñas de entre 11 y 16 años y las devolvieran a Uganda, sin someterlas a la MGF.¹



Contexto

La mutilación genital femenina (MGF) consiste en alterar o lesionar los genitales externos femeninos por razones no médicas. Esta práctica puede suponer graves riesgos para la salud y el bienestar de niñas y mujeres y está ampliamente reconocida como una violación de los derechos humanos. Uganda tiene la tasa más baja de MGF de África oriental. En 2016, la prevalencia nacional de esta práctica entre niñas y mujeres de 15 a 49 años era del 0,32 por ciento lo que supone un descenso respecto al 0,64 por ciento registrado en 2006.^{2,3} Estas bajas tasas generales ocultan variaciones significativas en la incidencia entre regiones geográficas y grupos étnicos. La gran mayoría de las MGF tienen lugar en las regiones de Karamoja y Sebei, donde la prevalencia general es del 26,7 por ciento.⁴ Las tasas de prevalencia en algunos subcondados alcanzan el 67,3 por ciento (por ejemplo, Tapac, distrito de Moroto).

Una combinación de factores sociales, culturales y económicos, así como creencias tradicionales y/o religiosas motivan que se siga realizando esta práctica en diferentes familias, comunidades y regiones. Entre ellas se encuentran las creencias sobre la limpieza, la pureza y el pudor femeninos y la importancia de la virginidad prematrimonial y la fidelidad conyugal.⁵ Ampliamente considerada como un rito necesario de iniciación a la edad adulta, la MGF es a menudo un requisito previo para el matrimonio y se percibe como una forma de superar la pobreza en contextos en los que las oportunidades educativas, económicas y de protección social para las mujeres son limitadas.^{6,7} Las niñas y mujeres con más probabilidades de sufrir MGF son las que son muy pobres, están a punto de casarse o se han casado recientemente, residen en zonas rurales y/o tienen madres que fueron ellas mismas sometidas a una mutilación.⁸ El gran valor que

se le atribuye a la MGF resulta en que las niñas y las mujeres sufran una enorme presión social y familiar para que se les practique la mutilación; las que no se someten a la MGF se enfrentan al estigma y malos tratos considerables.⁹

Uganda forma parte del [Programa Conjunto UNFPA-UNICEF para la Eliminación de la MGF](#) desde 2009 y recientemente ha completado su tercera fase (2018-2021). El Programa Conjunto pretende que Uganda esté libre de MGF para 2030 mediante una estrategia coordinada y multisectorial de la prevención de la MGF. Parte de este trabajo implica el uso de enfoques comunitarios, como diálogos entre adolescentes y el uso de personas modelo. También se realizan conversaciones de comunidad a comunidad, tanto en Uganda como al otro lado de la frontera con Kenia, para que se comprenda cómo poner fin a la MGF transfronteriza.

En 2010, la práctica de la mutilación genital femenina se declaró ilegal en Uganda, penalizando a quienes practiquen o intenten practicar la MGF a niñas o mujeres, y a quienes intenten procurar la MGF por cuenta propia o ajena. Esta ley ha llevado la práctica a la clandestinidad. La amenaza de ser detenidas ha llevado a las mujeres ugandesas a cruzar la frontera con Kenia para someterse a la MGF, donde la práctica es más asequible y de mejor calidad que en Uganda.¹⁰ En marzo de 2020, la Pandemia de COVID-19 provocó un aumento en el número de niñas y mujeres jóvenes ugandesas que cruzaban a Kenia para someterse a la MGF. Detener la MGF transfronteriza es una prioridad creciente para el gobierno ugandés. Las áreas ampliamente identificadas a mejorar incluyen el intercambio de información, la coordinación de actividades y los servicios de derivación para niñas y mujeres que corren riesgo de sufrir MGF o necesitan apoyo después de sufrirla.

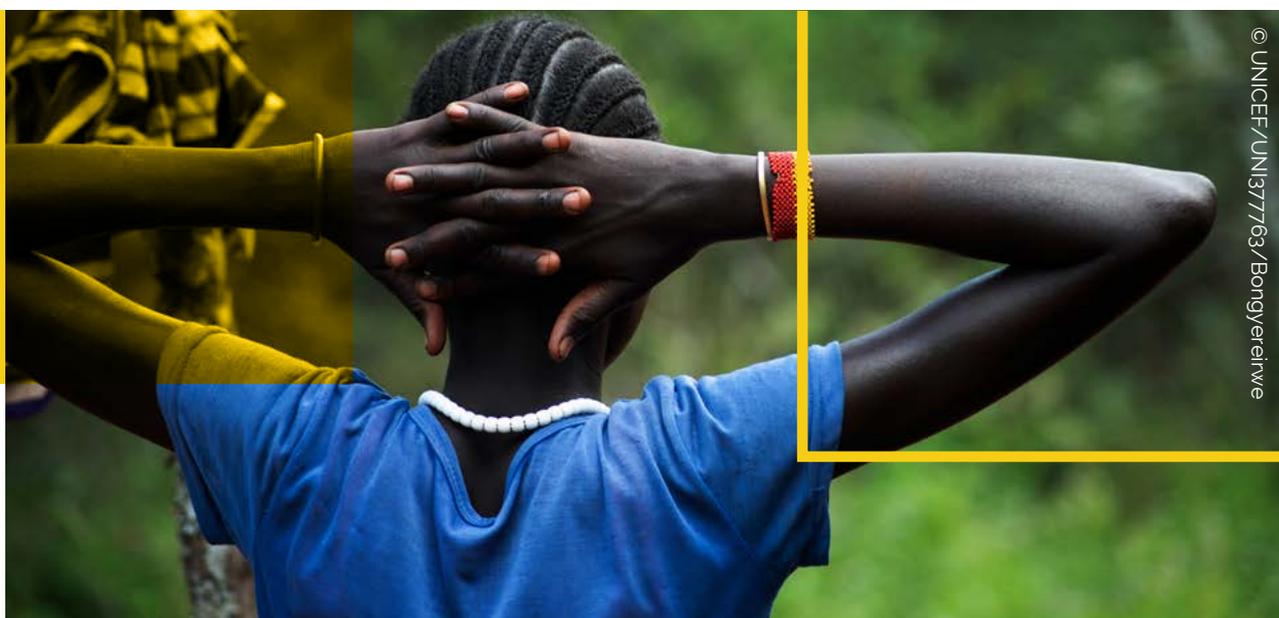
Enfoque estratégico

En abril de 2020, la oficina de UNICEF en Uganda apoyó la creación de un mecanismo de coordinación y comunicación de WhatsApp sobre la MGF transfronteriza entre los distritos de Moroto, Bukwo y Amudat, en Uganda, y cuatro distritos vecinos de Kenia (Alale, Kacheliba, Kongelai y Kapenguria). El Distrito de Maroto asumió el liderazgo, junto con el Comisario de Distrito de Pokot Occidental, en Kenia. Los jefes de los subcondados locales se convirtieron en administradores del nuevo grupo de WhatsApp, denominado Foro Kenia Uganda contra la MGF. Los administradores de ambos lados de la frontera moderan la plataforma. Los miembros del grupo de WhatsApp son diversos: funcionarios de desarrollo comunitario y funcionarios encargados de programas de libertad condicional y bienestar social, jefes de aldea y otros. Actualmente hay tres subgrupos, uno por distrito.

Durante el punto álgido de la pandemia de COVID-19, en marzo-junio de 2020, esta plataforma fue el único medio de que la gente se comunicara para comprender lo que les estaba ocurriendo a niñas y mujeres jóvenes que habían abandonado sus comunidades y no podían ser localizadas. Los voluntarios en las comunidades recabaron información de familias, amigos y

demás personas, después, proporcionaron vigilancia local para informar a los miembros de la plataforma de otros distritos y del otro lado de la frontera sobre las niñas que iban a someterse a la MGF, su ruta de viaje prevista y los contactos que pudieran tener en su destino y por el camino. Voluntarios de vigilancia a lo largo de la ruta informaban a las autoridades locales para que detuvieran a las chicas y les proporcionaran ayuda, asesoramiento, y cualquier atención médica necesaria.

Se estableció después comunicación con las autoridades del distrito en el lado ugandés, se llevó a las niñas afectadas a un punto fronterizo para que se reunieran con un oficial de libertad condicional y bienestar social, que las acompañó a uno de los pocos centros temporales de rescate creados para dar atención provisional a niñas que huían de la MGF. A todas se les dio oportunidad de asistir a escuelas primarias cercanas, y se les proporcionó asesoramiento psicosocial y vínculo a oportunidades profesionales y de subsistencia. También se les presentaron trabajadores sociales y personas modelos de la comunidad, en un esfuerzo por animarlas a ver un futuro diferente para ellas mismas: un futuro sin MGF.



© UNICEF/UNI377763/Bongyeteirwe



Principales resultados

- Entre abril y octubre de 2020, el uso de esta plataforma colaborativa de WhatsApp permitió que un total de 37 niñas de entre 11 y 16 años fueran interceptadas en Kenia por autoridades kenianas y devueltas a Uganda, sin mutilar.¹¹ La mayoría eligió permanecer en el centro de rescate de forma provisional, mientras se realizaba el acercamiento a sus familias. Seis niñas optaron por reunirse inmediatamente con sus padres y cuidadores; cinco se escaparon del centro (y se intentó averiguar por qué lo hicieron y qué les ocurrió desde entonces).
- La plataforma sigue proporcionando una función de vigilancia y compartiendo información sobre la MGF, y sobre otras amenazas a la protección de la infancia y problemas de seguridad, incluido el matrimonio infantil.



© UNICEF/UNI377896/Bongyereirwe

El uso de esta plataforma colaborativa de WhatsApp permitió a un total de

37 niñas
ENTRE 11 Y 16 AÑOS

ser interceptadas en Kenia
y devueltas a Uganda

La plataforma sigue
proporcionando una función
de vigilancia y compartiendo
información sobre la MGF



Lecciones aprendidas y recomendaciones

1 Es importante coordinar las intervenciones destinadas a acabar con la MGF y el Matrimonio infantil. La plataforma WhatsApp puede utilizarse como una herramienta eficaz de vigilancia para la protección de la infancia.

2 Los enfoques dirigidos por el discrito y administrados y/o coordinados por los oficiales que organizan esta estrategia son un componente esencial y eficaz de los esfuerzos contra la MGF y el matrimonio infantil. Crear un sistema de vigilancia comunitaria y entrenar a sus miembros refuerza su capacidad para intervenir en casos de MGF y aumenta la probabilidad de que se abandone la MGF y otros problemas de protección infantil, incluido el matrimonio infantil.

Notas finales

- 1 Jjuuko D., Nakibuuka Mbonye P. 'La asociación transfronteriza Uganda-Kenia rescata a niñas de la mutilación genital femenina durante el COVID-19': países unidos para la mantener a sus chicas no mutiladas', 24 de septiembre de 2020, <www.unicef.org/uganda/stories/uganda-kenya-cross-border-partnership-rescues-girls-female-genital-mutilation-during-covid>.
- 2 Oficina de Estadística de Uganda e ICF, Encuesta Demográfica y Sanitaria de Uganda 2016, UBOS e ICF, Kampala y Rockville, 2016, <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR333/FR333.pdf>>.
- 3 Oficina de Estadística de Uganda y Macro International Inc., Encuesta Demográfica y Sanitaria de Uganda 2006, UBOS y Macro International Inc., Calverton, 2006, <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR194/FR194.pdf>>.
- 4 Oficina de Estadística de Uganda, *Female Genital Mutilation/ Cutting Survey Report*, UNICEF, 2017, <https://www.unicef.org/uganda/media/1766/file/FGM_C%20survey%20report.pdf>.
- 5 Azeze GA., Williams A., Tweya H., Obsa M.S., Mokonnnon T.M., Kanche Z.Z., et al., 'Prevalencia cambiante y factores asociados a la mutilación genital femenina en Etiopía: Datos de la encuesta nacional demofográfica de salud del 2000, 2005 y 2016', PLoS ONE 15(9), <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238495>>.
- 6 Shell-Duncan, B., (2008). De la salud a los derechos humanos: La ablación genital femenina y la política de intervención' *American Anthropologist*, vo. 110, nº 2, 2008, pp. 225-236.
- 7 Pankhurst, A., (diciembre de 2014). Matrimonio infantil y circuncisión: *Evidence from Ethiopia*, *Young Lives Policy Brief 21*, Save the Children, 2014, <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:70808644-deeg-408c-g162-de0ec3f317b8/download_file?file_format=pdf&safe_filename=YL-PolicyBrief-21-Child%2BMarriage%2Band%2BFGM%2Bin%2BEthiopia.pdf&type_of_work=General+item>.
- 8 Oficina de Estadística de Uganda (UBOS) y UNICEF, 'Female Genital Mutilation: Evidence from Uganda', UBOS y UNICEF, Kampala, 2020.
- 9 Oficina de Estadística de Uganda (UBOS) y UNICEF, "Female Genital Mutilation: Evidence from Uganda", UBOS y UNICEF, Kampala, 2020, pp. 27-9.
- 10 Fondo de Población de las Naciones Unidas, Más allá del cruce: *Female Genital Mutilation Across Borders, Ethiopia, Kenya, Somalia, Tanzania and Uganda*, UNFPA, Nueva York, 2019, p. 25.
- 11 Jjuuko D., Nakibuuka Mbonye P. 'Uganda-Kenia cross-border partnership rescues girls from female genital mutilation during COVID-19: Countries unite to keep girls uncut', UNICEF, 24 September 2020, <www.unicef.org/uganda/stories/uganda-kenya-cross-border-partnership-rescues-girls-female-genital-mutilation-during-covid>.

La oficina de UNICEF en Ruanda apoya un estudio etnográfico para comprender los factores que conducen a prácticas subóptimas de alimentación materna e infantil¹

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

© UNICEF/UNI212735/Rudakubana

Breve resumen

En Ruanda, las prácticas subóptimas de alimentación materna e infantil persisten a pesar de un elevado conocimiento de los beneficios de la nutrición entre las madres. Para comprender por qué los programas tardan en mejorar la nutrición y las tasas de retraso del crecimiento en Ruanda, UNICEF Ruanda apoyó un estudio etnográfico en hogares para comprender los factores que impulsan las prácticas de nutrición y determinar cómo promover el "cambio de comportamiento de última milla" hacia mejores resultados en nutrición. El estudio reveló que la pobreza y las malas cosechas eran las dos limitaciones más importantes para proporcionar dietas nutritivas a madres e hijos. El comportamiento que rige la elección de alimentos (es decir, la decisión de comprar grandes cantidades de alimentos menos nutritivos en lugar de cantidades más pequeñas de alimentos nutritivos) se identificó como una

causa subyacente de las dietas deficientes y, por extensión, de los resultados nutricionales subóptimos. Otra conclusión clave fue que los conocimientos y los comportamientos no son necesariamente codependientes, es decir, aunque se cumplan los requisitos materiales y los niveles de conocimientos sean elevados, un determinado comportamiento puede no haber alcanzado un punto en el que sea normativo. Las recomendaciones para abordar los problemas identificados en el estudio incluían proporcionar asesoramiento y educación a cuidadores sobre la priorización de la nutrición y la toma de decisiones, motivar a comunidades para adoptar la priorización de prácticas de nutrición saludables para madres e hijos, apoyar actividades de empoderamiento económico y proporcionar prestaciones monetarias de protección social a los hogares con dificultades económicas.

Una nutrición materna deficiente durante el embarazo y la lactancia puede afectar negativamente a las madres y sus niñas y niños.^{2,3} Las tasas de retraso del crecimiento entre menores de cinco años en Ruanda siguen siendo altas (33 por ciento), al igual que la anemia infantil (37 por ciento) y la anemia entre mujeres embarazadas (25 por ciento). Las intensas campañas de comunicación y educación han proporcionado a los cuidadores altos niveles de conocimiento sobre las Mejores prácticas en Nutrición Materna, Infantil y del Niño Pequeño (MIYCN por sus siglas en inglés), pero este conocimiento no se ha traducido en mejoras en la toma de decisiones sobre nutrición y cambios en las dietas que podrían contribuir a reducir el retraso del crecimiento.

Los patrones de desnutrición infantil crónica en Ruanda están relacionados, al menos en parte, con dietas inadecuadas. Según el indicador

compuesto de dieta mínima aceptable (que captura diversidad y frecuencia en las comidas), sólo el 22 por ciento de los niños ruandeses de 6 a 23 meses se alimentan con una dieta mínima aceptable.⁴ La mayoría (62 por ciento) de los niños de 6 a 23 meses seguían una dieta por debajo de la diversidad dietética mínima (es decir, comían menos que cuatro grupos de alimentos).⁵ Sólo el 18,6 por ciento de los niños ruandeses de 6-23 meses había consumido carne, aves o pescado, y el 7,7 por ciento había consumido huevos en el día o la noche anterior.⁶ La nutrición subóptima también se reflejaba en una ingesta inadecuada de nutrientes muy por debajo de las recomendaciones específicas para cada edad.⁷ Las investigaciones realizadas en Ruanda han confirmado que las prácticas alimentarias subóptimas tienen múltiples causas, como creencias culturales y tabúes, la pobreza, el bajo nivel educativo de las madres y la falta de disponibilidad de alimentos nutritivos.⁸





Enfoque estratégico

La oficina de UNICEF en Ruanda apoyó un estudio de investigación etnográfica de amplio y profundo alcance para comprender los factores domésticos que explican por qué persiste la nutrición subóptima entre mujeres embarazadas y lactantes, así como entre niñas y niños pequeños, a pesar de tener las madres conocimientos sobre nutrición. Las conclusiones del estudio se utilizarían para adaptar las intervenciones de comunicación social y de cambio de comportamiento diseñadas para reducir la desnutrición en dichos grupos. Se utilizó un enfoque de Estudios Etnográficos Focalizados (EEF) basado en un protocolo de cuatro módulos para llevar a cabo un estudio de caso de 30 hogares, uno en cada uno de los 30 distritos de Ruanda.⁹ Cada módulo se centró en un área de investigación diferente (por ejemplo, WASH; selección de alimentos, preparación, dieta, cuidado de los niños y creencias y prácticas de higiene; barreras e impulsores del cambio de comportamiento en las prácticas de nutrición; barreras e impulsores del cambio de comportamiento en las prácticas de lavado de manos). Se entrevistó a los miembros de la familia y se observó la casa, sus instalaciones, el almacenamiento, la preparación y el consumo de alimentos, así como las actividades de los miembros de la familia.

Cada uno de los seis investigadores de campo pasó entre cuatro y cinco días en contacto directo con un hogar del estudio, llegando a la casa al amanecer, observando la preparación de las comidas y la alimentación, haciendo preguntas sobre las prácticas observadas y permaneciendo con la familia hasta el anochecer. En el transcurso de este período, los trabajadores de campo aplicaron cada módulo a una selección de entrevistados del hogar; este conjunto de entrevistados incluía siempre al cuidador principal (en todos los hogares del estudio, se trataba de una mujer), así como a los cabezas de familia (en la mayoría de los casos,

una pareja masculina co-residente). Se realizaron entrevistas en profundidad y ejercicios de memoria con 30 cuidadores principales, mientras que el ejercicio de calificación del Módulo 3 se llevó a cabo con 60 participantes en total. Las observaciones se realizaron de forma más amplia, tanto en el hogar como en los lugares donde se adquirirían los alimentos (por ejemplo, granjas y mercados).





Principales resultados

El principal logro de este estudio es que ha puesto generado importantes conclusiones sobre por qué los elevados conocimientos de nutrición no se traducen en dietas óptimas para las madres, los lactantes y niñas y niños, en específico:

1. La pobreza y las malas cosechas se identificaron como las dos limitaciones más importantes para proporcionar dietas nutritivas (es decir, la causa inmediata de la mala nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño). Aunque el conocimiento de cómo preparar una comida nutritiva formaba parte del repertorio cultural de la mayoría de las mujeres del estudio, era menos común tener la libertad económica y la capacidad más amplia para ponerlo en práctica independientemente de la priorización y la toma de decisiones informadas por el comportamiento.
2. El comportamiento que rige las elecciones alimentarias y las decisiones de comprar grandes cantidades de alimentos menos nutritivos en lugar de cantidades más pequeñas de alimentos nutritivos se identificó como una causa subyacente de las dietas deficientes y, por extensión, de los resultados nutricionales subóptimos.
3. Las creencias sobre alimentos específicos dictan los tipos de alimentos que se dan a los niños pequeños. Los participantes en el estudio sugirieron que los niños pequeños no deben consumir alimentos duros (por ejemplo, plátano verde, taro, batata, mandioca dura) porque tienen pocas vitaminas cuando se preparan separados de otros tipos de alimentos y pueden causar retraso del crecimiento. Aunque esta creencia es, hasta cierto punto, una taxonomía popular, es innegable que se basa en algunas verdades científicas, en la medida en que un exceso de estos alimentos puede desplazar a otros, incluidos los ricos en micronutrientes de la dieta.
4. El conocimiento y el comportamiento no son necesariamente codependientes; aunque se cumplan los requisitos materiales y los niveles de conocimiento sean elevados, un comportamiento determinado puede no haber llegado a un punto en el que sea normativo.

Se realizaron entrevistas en profundidad y ejercicios de recordación con

30

CUIDADORAS PRIMARIAS

**Un estudio
etnográfico
focalizado (FES)**

basado en un protocolo de cuatro módulos se utilizó para llevar a cabo un estudio de casos domésticos en

30

HOGARES

abarcando

30

DISTRITOS

6

INVESTIGADORES
DE CAMPO

pasaron entre cuatro y cinco días en estrecho contacto con un hogar del estudio



Lecciones aprendidas

Los resultados del estudio revelaron lagunas en la cadena conocimiento-capacidad-práctica derivadas de las decisiones y prioridades tomadas por los cuidadores. Impulsar un cambio de comportamiento de “última milla” requiere conocimientos, cambios de actitud a nivel individual/doméstico, cambios en las normas sociales a nivel cultural/comunitario y una capacidad económica reforzada para los hogares más pobres.



Recomendaciones

Los autores propusieron un enfoque triple para mejorar los resultados de la nutrición entre las madres, los lactantes y los niños pequeños ruandeses:

- 1 A nivel individual:** Apoyar, reforzar y poner en marcha actividades de SBC cuando sea necesario para abordar los cambios de actitud-mentalidad. Proporcionar asesoramiento, diálogo y educación a los cuidadores de niños pequeños, centrados en la priorización y la toma de decisiones, no en un mayor conocimiento sobre nutrición (que ya es alto).
- 2 A nivel comunitario:** Apoyar, reforzar y poner en marcha actividades comunitarias y de movilización social para dar prioridad a la adopción de mejores prácticas de nutrición materno-infantil como norma comunitaria.
- 3 Capacidad económica:** Apoyar, reforzar y poner en marcha actividades de capacitación económica (por ejemplo, sesiones de extensión agrícola sensibles a la nutrición para aumentar y diversificar los alimentos; prestaciones económicas de protección social), especialmente para los hogares con más recursos.



© UNICEF/UN0299831/Kanobana

Notas finales

- 1 Birungi A., Koita Y., Roopnaraine T., Matsiko E., Umugwaneza M., 'Behavioral drivers of suboptimal maternal and child feeding practices in Rwanda: An anthropological study', *Maternal & Child Nutrition*, 2021, <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.13420>>.
- 2 Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J., 'Maternal and child under nutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 9608, 008, pp. 243–260
- 3 Lowensohn, R.I., Stadler, D.D., Naze, C., "Conceptos actuales de nutrición materna", *Obstetrical & Gynecological Survey*, vol. 7, n° 7, 2016, pp. 413-426.
- 4 Instituto Nacional de Estadística de Ruanda, Ministerio de Sanidad, ICF-International, 'Encuesta Demográfica y Sanitaria de Ruanda', Rockville, 2020
- 5 Uwiringiyimana, V., Ocke, M.C., Amer, S., Veldkamp, A., 'Predictors of stunting with particular focus on complementary feeding practices: Acrosssectional study in the Northern Province of Rwanda', *Nutrition*, vol. 60, 2018, pp. 11 - 18.
- 6 Instituto Nacional de Estadística de Ruanda, Ministerio de Sanidad, ICF-International, 'Encuesta Demográfica y Sanitaria de Ruanda', Rockville, 2020.
- 7 Uwiringiyimana, V., Ocke, M.C., Amer, S., Veldkamp, A., 'Predictors of stunting with particular focus on complementary feeding practices: Acrosssectional study in the Northern Province of Rwanda', *Nutrition*, vol. 60, 2018, pp. 11 - 18.
- 8 Birungi A., Koita Y., Roopnaraine T., Matsiko E., Umugwaneza M., 'Behavioral drivers of suboptimal maternal and child feeding practices in Rwanda: An anthropological study', *Maternal & Child Nutrition*, 2021, <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.13420>>.
- 9 El enfoque FES es ideal para situaciones en las que se requieren las ventajas de los enfoques etnográficos, pero las limitaciones de tiempo y recursos impiden la aplicación de un protocolo de estudio etnográfico a largo plazo.



UNICEF Ruanda ayuda a las comunidades a abordar los retos relacionados con la demanda de inmunización mediante un diseño centrado en la persona

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen

El Diseño Centrado en el la Persona (por sus siglas en inglés HCD) es un enfoque y técnica participativa de cambio social y de comportamiento (CSC) que sitúa a las personas y a las comunidades en el centro de todas las fases del proceso de desarrollo, ejecución y evaluación de programas. El HCD ha ocupado un papel central en el trabajo de UNICEF durante mucho tiempo. Un reto clave a la hora de aplicar este enfoque en la región de África Oriental y Meridional (ESAR) de UNICEF ha sido la limitada capacidad para utilizar el HCD entre el personal de las oficinas de UNICEF y sus socios. En julio de

2022, la oficina de UNICEF en Ruanda organizó dos talleres para 50 participantes (UNICEF y asociados) con el fin de aumentar la capacidad de utilizar el enfoque HCD. El contenido de del taller se centró en la aceptación de la vacuna del COVID-19 e incluyó demostraciones prácticas de cómo aplicar el HCD. Estos talleres dieron lugar a una serie de soluciones para mejorar la aceptación de la vacuna del COVID-19. Los participantes siguen difundiendo sus conocimientos sobre el HCD entre los miembros de otros grupos con los que trabajan (por ejemplo, grupos de trabajo técnicos).

Contexto

La Pandemia de COVID-19 en Ruanda provocó aumento del desempleo, pérdida de medios de subsistencia productivos y llevó a la estigmatización y discriminación de

los supervivientes. El acceso a equipos de protección personal también era limitado.¹ A principios de 2022, se dispararon los casos de COVID-19 y las muertes en Ruanda.²

Enfoque estratégico

En 2022, la sección CSC de UNICEF ESARO condujo entrenamientos sobre HCD en cuatro países: Botsuana, Malawi, Kenia y Zambia. Tras este entrenamiento, el equipo de CSC de UNICEF Ruanda, con el apoyo técnico de la sección de CSC de UNICEF ESARO, organizó dos talleres consecutivos de HCD en las provincias occidentales y septentrionales de Ruanda. Los talleres se enfocaron en la aceptación de la vacuna de COVID-19 y utilizaron la información y las herramientas disponibles en la página web de [UNICEF HCD for Health](#). Los talleres reunieron a 50 participantes del gobierno, la sociedad civil, organizaciones religiosas, organizaciones de personas con discapacidad y actores/agencias creativas del sector privado.

Los talleres fueron impartidos por los equipos de UNICEF Ruanda y ESARO CSC, e incluyeron demostraciones prácticas sobre el enfoque HCD. Los métodos de HCD que se enseñaron incluían la construcción de personajes (los personajes podían ser trabajadores sanitarios, profesores, madres, padres, líderes religiosos, adolescentes); la elaboración de mapas de experiencia; investigación comunitaria/indagación rápida; síntesis; generación de ideas; y desarrollo de prototipos. Ambos talleres alcanzaron la fase de "generación de ideas" y generaron soluciones viables para varios personajes (por ejemplo, crear ayudas sobre COVID-19 para los profesores). A continuación, estas soluciones pasaron a las fases de pilotaje e iteración.





Principales resultados

- Los participantes y los socios de UNICEF recibieron de manera positiva los dos talleres HCD de Ruanda. Todo el personal de UNICEF y los participantes asociados adoptaron plenamente el enfoque del HCD.
- El director del Centro de Comunicación de la Salud de Ruanda, que participó en uno de los talleres, se comprometió a aplicar el enfoque.
- Varios participantes socios de la sociedad civil informaron de que habían empezado a aplicar el HCD en su trabajo para la aceptación de la vacuna COVID-19, la participación de los jóvenes y otras áreas.
- Muchos de los beneficiarios de las dos formaciones eran también miembros activos de distintos grupos de trabajo técnicos a través de los cuales promovían el HCD como enfoque eficaz para mejorar los resultados de salud.

El responsable del Centro de Comunicación de la Salud de Ruanda se comprometió a aplicar el

ENFOQUE HCD

Dos

TALLERES HCD

consecutivos organizados en las provincias occidentales septentrionales de Ruanda

El

ENFOQUE HCD

fue plenamente aceptado por todo el personal de UNICEF y socios participantes





Lecciones aprendidas y recomendaciones

- 1 Planificar el taller:** Ponerse en contacto con la oficina regional de UNICEF para obtener apoyo y enviar las invitaciones con antelación. Organizar con tiempo la fase de investigación comunitaria. Planificar cuidadosamente la logística y los imprevistos.
- 2 Lugar para el taller:** Seleccionar un lugar cómodo para la formación que favorezca un entorno de trabajo propicio y atractivo.
- 3 Seleccionar participantes diversos:** Un grupo diverso de participantes (por ejemplo, Ministerio de Sanidad, sociedad civil, organizaciones religiosas, personas con discapacidad y agencias del sector privado/creativas) permite examinar los retos y las soluciones desde distintos ángulos.
- 4 Facilitación del taller:** Mantener a la gente motivada, unida y comprometida mediante el trabajo en grupos más pequeños, actividades dinamizadoras, competencias y actividades sociales. Mantener un sentido de propiedad conjunta del objetivo y las soluciones.
- 5 Documentación del taller:** La documentación (escrita y audiovisual) de cada paso es un aspecto fundamental para seguir abogando por la aplicación del HDC y la movilización de recursos. Una documentación clara del proceso a nivel subnacional también es fundamental para la rendición de cuentas. Solicitar opiniones sobre el enfoque HCD a las distintas partes interesadas añade valor.
- 6 Realización de la investigación comunitaria:** Es esencial asegurarse de que los participantes en la investigación comunitaria se sientan seguros y cómodos de compartir abiertamente sus opiniones y comprendan sus derechos como participantes en la investigación. Es fundamental remunerar el tiempo y el esfuerzo de los miembros de la comunidad. Las expectativas de los miembros de la comunidad deben gestionarse en términos de qué soluciones podrían aplicarse inmediatamente, basándose en la priorización de los objetivos clave, los fondos disponibles, el tiempo, los recursos humanos y otros.
- 7 Salvaguardar los datos obtenidos durante el taller:** Es esencial acordar dentro del grupo que los datos sensibles obtenidos durante la parte de investigación comunitaria del entrenamiento no se compartirán más allá de los participantes del taller y sólo se utilizarán para perfeccionar las soluciones. Es fundamental que todos los datos recopilados sean anónimos.
- 8 Mantener el impulso:** Los talleres de HCD generaron mucho interés dentro y fuera de UNICEF (por ejemplo, entre colegas de otros programas, USAID, ACNUR, OMS). Dado este interés, era importante organizar una serie de sesiones de seguimiento en Kigali para mantener el impulso del HCD. Es fundamental designar a personal responsable de UNICEF y de las organizaciones asociadas para que sigan liderando el HCD.

Notas finales

- 1 Louis, E., Eugene, D., Ingabire, W., Isano, S., Blanc, J., 'Rwanda's Resiliency During the Coronavirus Disease Pandemic', *Front Psychiatry*, 2021, <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8828737/>.
- 2 Organización Mundial de la Salud, 'How home-based care eased Rwanda's COVID-19 response', OMS Región de África, 19 de abril de 2022, <www.afro.who.int/news/how-home-based-care-eased-rwandas-covid-19-response>.

UNICEF Etiopía apoya entrenamientos en diseño centrado en la persona para hacer de la prevención de enfermedades una práctica comunitaria normativa¹

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen

En abril de 2021, la oficina de UNICEF en Etiopía apoyó un taller de entrenamiento de cuatro días utilizando el enfoque de diseño centrado en el ser humano (DCH) para diseñar intervenciones de generación de demanda con el fin de aumentar la aceptación de la inmunización. Los participantes en este taller aplicaron la metodología HCD para comprender los problemas relacionados con la baja aceptación de la inmunización infantil y los problemas de salud materna y neonatal. Dicho taller funcionó como estudio de investigación de campo y permitió comprender problemas clave, y dio lugar a ideas de desarrollo de soluciones y, finalmente, al la ejecución real de dichas soluciones.



Contexto

En Etiopía, llegar a familias no vacunadas y subinmunizadas separadas por grandes regiones geograficas, lenguas y culturas requiere de diagnósticos echos a la medida y de intervenciones adaptadas.

1



© UNICEF/Ethiopia



Enfoque estratégico

En abril de 2021, UNICEF Etiopía apoyó un taller a distancia de entrenamiento de cuatro días utilizando el enfoque de diseño centrado en el ser humano (DCH) para desarrollar intervenciones de generación de demanda para aumentar la aceptación de la inmunización. Treinta representantes de ocho provincias asistieron al taller. En dicho taller, se introdujeron metodologías y herramientas de DCH para ayudar a las partes interesadas a dominar la identificación de oportunidades en las comunidades y la resolución creativa de problemas.

En preparación para el taller, se aplicaron los métodos de investigación rápida del HCD en la región de Oromia a los servicios de demanda y oferta del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)/Salud Materna, Neonatal e Infantil (SMNI). Tras una sesión de orientación y colaboración para ultimar los materiales de investigación, un equipo local realizó entrevistas a 13 cuidadores, 10 padres, nueve trabajadores sanitarios y ocho líderes comunitarios para conocer las percepciones locales. Los resultados sintetizados se compartieron con los participantes durante el taller. Disponer de ejemplos, citas y perspectivas a nivel local permitió a los participantes a distancia comprender la importancia de escuchar las voces de las comunidades locales y de los trabajadores sanitarios. También proporcionó datos reales y locales para practicar métodos de síntesis, generación de ideas y creación de prototipos durante el taller.

A partir del taller, se llevaron a cabo investigaciones de campo utilizando la metodología HCD. Por ejemplo, se realizó una evaluación orientada al HCD con 40 participantes que vivían en dos barrios marginales de una sección periurbana de Adama, en la región de Oromia. En dichas zonas, las familias consideraban a los servicios sanitarios como una opción de último recurso, y para los peores casos en que las niñas y niños no lograban curarse con remedios caseros. Para cambiar esta percepción y esta norma, se requerían soluciones diseñadas a medida. Los investigadores de campo utilizaron



© UNICEF/UN0677461/Bizuwerk

"cuestionamientos creativos" para obtener información subyacente relacionada con la baja cobertura de vacunación y la atención a la SMNI. Se solicitó a los trabajadores de salud compartieran sus motivaciones para practicar una atención compasiva. Este cuestionamiento suscitó respuestas que subrayaron las dificultades que enfrentan para llevar a cabo sus tareas diarias del EPI/MNCH, lo que limitaba su comunicación interpersonal con las familias y hacía que los padres/cuidadores se sintieran intimidados por la experiencia en el centro de salud. Líderes comunitarios que participaron en el estudio de Oromia destacaron la necesidad de alinear los servicios sanitarios con las necesidades y prácticas de la comunidad, incluyendo la disponibilidad de los servicios a horas más convenientes para los miembros de la comunidad y la provisión de recordatorios para dichos servicios. La mayoría de los padres a los que se preguntó sobre la vacunación de sus hijos no sabían cuándo debían utilizar los servicios de vacunación, ni cuándo debían acudir las madres y los niños para recibir atención posparto; debido a las normas de género, los trabajadores sanitarios o los líderes comunitarios no incluían a los padres en las actividades de salud materno-infantil.

Los cuestionamientos creativos produjeron cientos de ideas para abordar las cuestiones específicas que se plantearon durante la investigación de campo orientada al HCD. Las soluciones propuestas iban más allá de sugerir que los miembros de la comunidad recibieran información sobre el PAI/SMNI, y se dirigían a todos los miembros de la comunidad.



Principales resultados

- Los representantes del SBC de UNICEF Etiopía de las distintas regiones del país han estado utilizando el enfoque HCD para diseñar intervenciones clave en materia de inmunización y salud, así como de protección infantil, agua y saneamiento. Por ejemplo, en Oromia, un consultor de campo del SBC de UNICEF entrenó a equipos locales de trabajadores sanitarios para que aplicaran los métodos. Los resultados de la investigación rápida se utilizaron para inspirar sesiones de generación de ideas celebradas con la comunidad, y que incluyeron tanto a trabajadores de la salud como a cuidadores. Se desarrollaron prototipos de las ideas más prometedoras y se probaron con muestras representativas de las comunidades de Oromia.
- El equipo de SBC de UNICEF Etiopía incluyó el HCD en sus planes de trabajo de asistencia técnica. Se impartieron cursos de formación en tres regiones con el mayor número de niños no inmunizados.

Orientado al HCD

Se realizó una evaluación con 40 participantes que vivían en dos barrios de bajos recursos

Los talleres se impartieron en tres regiones con el mayor número de niños con dosis cero

Entrevistas con

13 CUIDADORES
10 PADRES
9 PERSONAL DE SALUD
8 LÍDERES COMUNITARIOS

se llevaron a cabo para descubrir las percepciones locales



Lecciones aprendidas y recomendaciones

- 1 Los ejemplos a nivel local, las citas y las perspectivas permitieron a los participantes a distancia comprender la importancia de escuchar las voces de las comunidades locales y de los trabajadores de salud. También proporcionaron datos reales y locales para practicar métodos de síntesis, generación de ideas y creación de prototipos durante la capacitación.
- 2 El taller debe impartirse a los Profesionales de la Salud para que puedan abordar los retos de sus comunidades desde diversas perspectivas.

Notas finales

- 1 Basado en Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Etiopía, HCD Scale-up Final Report, <<https://drive.google.com/file/d/1oX8V8DZ8hAhqtF24ClxP03hocGVdogk3/view?pli=1>>.

UNICEF destaca los programas de demanda de inmunización centrados en el género en seis países

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen



Fechas de la actividad

De diciembre de 2021 a mayo de 2022



Duración
6 meses



Presupuesto
Desconocido

La Unidad de Inmunización/Sección de Salud de la Sede de UNICEF apoyó la elaboración de casos de estudio en seis países (Liberia, Mozambique, Pakistán, Ruanda, Sudán y Yemen) que visibilizan la importancia de integrar el género en la demanda de inmunización. Cada uno de los casos de estudio proporciona una descripción del contexto y los antecedentes del

programa, los enfoques de intervención y cómo se incluyeron las consideraciones de género en el diseño y la ejecución de los esfuerzos de demanda de inmunización. Cada caso destaca los principales resultados del programa, y resume las lecciones aprendidas de la aplicación de diversos enfoques.

Contexto

La vacunación es una forma eficaz de prevenir la morbilidad y la mortalidad infantiles y de reducir los costos de salud y las desigualdades.¹ El género es un factor determinante en la aceptación de la vacunación. Las normas y expectativas de género dan lugar a diferencias entre cómo las mujeres, los hombres, las niñas y los niños conocen, buscan y acceden a los servicios y recursos de salud. De esta forma, la inmunización, la toma de decisiones y la aceptación también se ven influidas por el género. Como cuidadoras primarias, a las mujeres se les da la responsabilidad de garantizar la vacunación infantil, pero su estatus inferior dentro del hogar a menudo les impide tomar decisiones relacionadas con la salud para sí mismas o para sus hijas e hijos. Completar o recibir las vacunas, entender la importancia de la vacunación, tener la capacidad de tomar decisiones relacionadas con las vacunas y utilizar los servicios de salud repercute en la salud de las mujeres y las familias durante generaciones, así como en los resultados nacionales en materia de salud.²



© UNICEF



© UNICEF/UN0596522/Mahmoud Fahdl

Los programas sensibles al género para promover y ampliar la aceptación de la inmunización requieren considerar cómo influyen las normas, los roles y las relaciones de género en la vacunación. El compendio de UNICEF de casos de estudio de seis países (Liberia, Mozambique, Pakistán, Ruanda, Sudán y Yemen) muestra programas de generación de demanda de inmunización con actividades explícitas centradas en el género, tanto independientes como integradas en un paquete de servicios esenciales, dirigidos por las oficinas de UNICEF en dichos países.



Enfoque estratégico

Los casos de estudio del compendio de UNICEF se elaboraron para ofrecer ejemplos de cómo la generación de demanda mediante enfoques de cambio social y de comportamiento (CSC) puede reducir las desigualdades de género con respecto a la inmunización, así como transformar las normas y estructuras de poder que limitan la movilidad, la voz, la toma de decisiones y el control de las mujeres sobre las decisiones en temas de salud. Cada uno de los casos de estudio proporciona una descripción del contexto y los antecedentes (es decir, la necesidad subyacente) del programa, la intervención y cómo se incluyeron las consideraciones de género en el diseño y la ejecución de los esfuerzos de demanda de inmunización. Cada caso destaca los principales resultados del programa y resume las lecciones aprendidas de

la aplicación de los distintos enfoques. Aunque las intervenciones se centran en la generación de demanda, los aspectos de suministro y servicios van estrechamente relacionados. Del mismo modo, aunque se centran en la inmunización, las intervenciones se relacionan con cuestiones de salud pública más amplias. La eficacia y el impacto de las intervenciones no se evalúan en estos casos de estudio.



Los seis casos de estudio del compendio de UNICEF incluyen:³

País	Acércate a	Cambios clave relacionados con el género	Nivel de integración de género
Liberia	Campaña de difusión urbana centrada en el género y la equidad.	Compromiso de los hombres. Reclutamiento de mujeres vacunadoras y movilizadoras.	Respuesta.
Mozambique	Promover la participación de los hombres en las prácticas de salud integradas.	Compromiso de los hombres. Toma de decisiones conjunta. Reparto de las responsabilidades domésticas.	Transformativo.
Pakistán	Escucha social para promover la participación de las mujeres en línea.	Participación de las mujeres en línea. Aceptación de trabajadoras de salud.	Respuesta.
Ruanda	Eduentretenimiento para abordar las normas de género.	Socialización de género. Participación de los hombres en la crianza de hijas e hijos.	Transformativo.
Sudán	Escucha social para la equidad en las vacunas durante el COVID-19.	Compromiso de las mujeres. Toma de decisiones informada.	Respuesta.
Yemen	Movilizar a las madres para promover prácticas familiares esenciales.	Las mujeres como agentes de cambio. Toma de decisiones informada. Generación de ingresos/creación de habilidades.	Transformativo.

Se utilizó una combinación de investigación primaria y secundaria para generar los casos de estudio. La investigación primaria consistió en consultas con oficinas nacionales seleccionadas entre diciembre de 2021 y mayo de 2022. El objetivo era conocer las prácticas más prometedoras que han integrado las consideraciones de género en el diseño, la ejecución y el monitoreo de los esfuerzos de generación de demanda de inmunización. Se elaboró una lista de preguntas para orientar las consultas.

Las consultas proporcionaron información sobre el contexto, el diseño y la ejecución del programa/intervención, las experiencias positivas o lo que funcionó bien y los retos o lo que no funcionó tan bien. Las fuentes secundarias incluyen encuestas nacionales, artículos revisados por expertos, informes, directrices y recursos producidos por UNICEF y sus socios. El proceso de consulta se llevó a cabo en tres fases:

- Estudiar la situación y comprender los esfuerzos de generación de demanda de inmunización con un componente de género.

- Identificar un programa específico para el estudio de caso.
- Profundizar para comprender mejor el caso seleccionado, incluidas las barreras de género, el diseño de la intervención para responder a las barreras, el alcance y la cobertura, la contribución a la igualdad de género y los principales logros. Discutir las entrevistas de seguimiento y el cronograma.
- Captar las voces de la comunidad y comprender las experiencias y perspectivas de participantes en el programa, movilizadores o personas influyentes de la comunidad y voluntarios/trabajadores comunitarios de la salud/vacunadores.⁴

El compendio de casos de estudio está dirigido a profesionales de la salud, encargados de iniciativas de CSC y género, y a cualquier persona responsable de planificar, ejecutar, gestionar o dirigir programas de inmunización (por ejemplo, funcionarios gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y comunitarias, profesionales del desarrollo internacional y trabajadores de ayuda humanitaria).⁵





Principales resultados

Los seis ejemplos de casos de estudio sobre la integración del género en los programas de demanda de vacunas ayudan a destacar el papel que desempeña el cambio social y de comportamiento para ayudar a comprender y abordar las barreras sociales y normas de género, y para hacer frente a la desinformación, los miedos y los rumores en torno a la inmunización.

APLICAR UN enfoque de género

es clave para garantizar una experiencia más positiva

6

CASOS DE ESTUDIO

ejemplifican la integración de un enfoque de género en los programas de demanda de vacunas



Lecciones aprendidas y recomendaciones

- 1 Aplicar un enfoque de género es clave para garantizar una experiencia más positiva para las mujeres y las niñas, los hombres y los niños, y los grupos con diversidad de género.
- 2 Es importante reconocer que el género incluye a mujeres, hombres, niñas y niños y la diversidad dentro de estos grupos, así como a quienes no se identifican con las nociones binarias de género ni se ajustan a ellas.
- 3 Abordar los obstáculos a la inmunización relacionados con el género no sólo conduce a una cobertura equitativa, sino que contribuye a la igualdad de género y capacita a las mujeres para acceder a los servicios de salud y a su demanda. Las mujeres saludables pueden contribuir de mejor manera al bienestar y al desarrollo de sus familias, comunidades y países.
- 4 La planificación de intervenciones que contribuyan a la cobertura de inmunización, así como a los cambios en las normas de género, requiere un sólido análisis de género, una planificación estratégica y un diseño y adaptaciones basados en evidencia. Un inconveniente común observado en los seis estudios de caso es la falta de datos que evalúen los cambios relacionados con el género vinculados a las intervenciones de inmunización.

Notas finales

- 1 Nandi A., y Shet A., 'Why vaccines matter: understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination', Human Vaccines & Immunotherapeutics, vol. n° 8, 2020, pp. 1900-1904.
- 2 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, From coverage to empowerment: Integración del género en la demanda de inmunización. Prácticas prometedoras de seis países, UNICEF, Nueva York, 2022.
- 3 Para consultar el informe completo del compendio: <https://demandhub.org/from-coverage-to-empowerment-integrating-gender-in-immunization-demand/>
- 4 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, From coverage to empowerment: Integración del género en la demanda de inmunización. Promising practices from six countries, UNICEF, Nueva York, 2022, p. 4.
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, From coverage to empowerment: Integración del género en la demanda de inmunización. Promising practices from six countries, UNICEF, Nueva York, 2022, p. 4.



UNICEF África Oriental y Meridional y UNICEF Tanzania utilizan la Escucha Social y Comunitaria para entender la indecisión en torno a la vacuna contra la polio

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen



Fechas de la actividad
Octubre de 2023



Duración
48 horas



Presupuesto
USD\$8.000
(estimación)

La Escucha Social y Comunitaria (SCL, por sus siglas en inglés) rastrea preguntas, preocupaciones, rumores (información no verificada) e información falsa (malentendidos y desinformación) compartidos por miembros de la comunidad en redes sociales, medios de comunicación, mediante centros de atención telefónica y durante la investigación primaria. El objetivo del SCL es generar ideas que informan a esfuerzos programáticos con base en evidencia y es un componente esencial de las estrategias de comunicación de riesgos y participación comunitaria. UNICEF Tanzania utilizó herramientas y enfoques de SCL para identificar desinformación relacionada con la vacuna de la Polio en redes

sociales. A partir de esto, el equipo utilizó Premise, una herramienta comercial, para realizar una encuesta rápida de 48 horas, en línea y por medio de telefonía móvil, para profundizar en la desinformación y comportamientos relacionados con la polio. La encuesta rápida mostró que, a pesar del éxito en los esfuerzos de comunicación sobre la polio en el país, más de la mitad de los encuestados expresaron preocupación por los posibles efectos secundarios de la vacuna. Las conclusiones de la encuesta del SCL generaron recomendaciones específicas para diseñar actividades que aborden las preocupaciones de la comunidad sobre la vacuna contra la polio.



Contexto

La Polio es una enfermedad viral prevenible mediante vacunación, que causa parálisis permanente y puede provocar la muerte. Afecta sobre todo a menores de cinco años y la vacuna es la única forma de protegerlos de esta enfermedad mortal. Desde la década de 1980, se ha conseguido una reducción del 99 por ciento de los casos de polio en el mundo gracias a los esfuerzos de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio (GPEI por sus siglas en inglés), un consorcio de socios entre los que se encuentran UNICEF y la OMS. La Polio es considerada una emergencia mundial de salud, y nunca se había estado tan cerca de erradicar este virus como ahora.

La desinformación siempre ha afectado la vacunación contra la Polio, pero la difusión y amplitud de la desinformación relacionada a la

vacuna ha aumentado con el mayor acceso a redes sociales, y la amplia desconfianza hacia las vacunas a raíz de la introducción de la vacuna contra el COVID-19. La desinformación sobre la vacuna puede dificultar la confianza en los sistemas de salud pública, hacer que las comunidades rechacen las vacunas, provocar la pérdida de vidas y deshacer el efecto de miles de millones de dólares invertidos en la erradicación de la Polio. La Escucha Social y Comunitaria (SCL) es el proceso de recopilación y análisis de información pública procedente de fuentes virtuales, no virtuales y en el terreno. La escucha social y comunitaria es una fuente de datos sobre el cambio social y de comportamiento (CSC) que complementa la investigación primaria y proporciona a los equipos información rápida a nivel comunitario que sirve de base para las acciones de cambio de comportamiento.



© UNICEF/Tanzania



Enfoque estratégico

Para entender los alcances de la indecisión hacia la vacuna contra la Polio, UNICEF Tanzania buscó identificar las narrativas de desconfianza que circulaban entre el público antes del lanzamiento de la campaña nacional de vacunación contra la Polio en septiembre de 2023. En la primer semana de octubre de 2023 se realizó una encuesta de validación de SCL. La encuesta se llevó a cabo utilizando una herramienta comercial llamada Premise, que realiza encuestas rápidas en línea a través de una aplicación de teléfono móvil y a un panel filtrado de encuestados. Premise recompensa o incentiva a los encuestados para que respondan a las preguntas de la encuesta o realicen tareas de recogida de datos, como fotografiar un centro sanitario. Permite realizar encuestas dirigidas geográficamente con métodos de muestreo estándar o personalizados, incluidos el muestreo representativo, por cuotas o de conveniencia, y ponderación posterior a la estratificación. Estas capacidades eran esenciales para que la encuesta garantizara la rápida recopilación de datos en diversas partes del país, dado el estatus de emergencia y salud pública del programa contra la polio.

La encuesta SCL recibió 400 respuestas válidas en un plazo de 48 horas. La mayoría (287) de estas respuestas eran en inglés, mientras que el resto (133) en kiswahili. La tasa de rechazo de las respuestas recogidas fue del 4 por ciento. Las principales conclusiones de la encuesta del SCL mostraron que la campaña de comunicación sobre la polio más reciente parecía haber tenido éxito, ya que el 87 por ciento de los encuestados



© UNICEF Tanzania/2023/Studio

conocía la campaña de vacunación y el 92 por ciento conocía la vacuna anti polio. El 88 por ciento de los participantes en la encuesta indicaron que su intención de vacunarse se vio influida positivamente por la información que encontraron en redes sociales. Alrededor del 26 por ciento de los encuestados declararon una participación activa en la publicación o reenvío de mensajes sobre la polio. Los encuestados celebraron las operaciones de erradicación de la polio en el terreno; el 93 por ciento de las personas al tanto de la campaña contra la polio consideraron que el proceso de vacunación no presentó problema alguno, y el 95 por ciento consideraron que los equipos de vacunación estaban adecuadamente capacitados.

A pesar del éxito de la campaña, sólo el 58 por ciento de los encuestados tenía una percepción muy positiva de las vacunas, y el 61 por ciento expresó preocupación por los posibles efectos secundarios de la vacuna anti polio. Las principales preocupaciones eran en relación a la fiebre y el dolor post vacuna. El 23 por ciento de los participantes enfrentaron desinformación que sugería que la vacuna de la polio tiene riesgos potenciales. Las redes sociales se destacaron como el principal canal de este tipo de desinformación, ya que el 37 por ciento de los encuestados se había encontrado con narrativas falsas en las últimas dos semanas.

La información recopilada mediante este tipo de Escucha Social se tradujo en recomendaciones a estrategias para abordar preocupaciones y preguntas sobre las vacunas contra la polio y controlar los rumores que inhibían la aceptación de las vacunas.



© UNICEF Tanzania/2023/Studio 19



Principales resultados

- La encuesta de validación del SCL proporcionó datos valiosos sobre la percepción de la vacuna para la polio y la campaña de vacunación entre el público tanzano. Aunque la campaña tuvo un éxito significativo en distintas áreas, abordar la desinformación y las preocupaciones sobre la seguridad de la vacuna fue crucial para garantizar la aceptación continua de la vacuna.
- UNICEF Tanzania identificó estrategias basadas en el SCL para reforzar la confianza pública y mejorar la eficacia de futuras campañas de vacunación.

400

encuestas realizadas en inglés y kiswahili a través de una aplicación para teléfonos móviles

87%

de los encuestados conocían la campaña de vacunación

92%

de los encuestados conocían la vacuna contra la polio





Lecciones aprendidas

- 1 La validación puede ser poderosa:** La validación de las percepciones del SCL es una herramienta poderosa para visibilizar las voces de la comunidad y demostrar la necesidad de acciones de SBC a nivel del terreno o de modificaciones del programa.
- 2 Las encuestas de validación pueden desmitificar la desinformación:** Los resultados del SCL pueden subrayar posibles narrativas de desinformación, y las encuestas de validación ayudan a profundizar en inquietudes específicas de comportamientos que surgen de la desinformación.
- 3 Las encuestas rápidas son una función central del SCL:** El acceso rápido a la recopilación de datos de una muestra amplia y geográficamente seleccionada refuerza la confianza en las ideas y recomendaciones del SCL.
- 4 El SCL y el engagement digital están entrelazados:** La mayoría de los datos del SCL se recogen a través de plataformas en línea, e integrar estrechamente el SCL con el engagement digital podría reforzar los resultados de ambos.



Recomendaciones

- 1 Contenido educativo:** Crear videos cortos estilo TikTok que desmitifiquen los efectos secundarios comunes de las vacunas y enfatizen su naturaleza leve y temporal para tranquilizar al público y mitigar las preocupaciones.
- 2 Testimonios y avales:** Utilizar testimonios de figuras de confianza de la comunidad, profesionales sanitarios y otras personas conocidas que se hayan vacunado para motivar a otros a vacunarse.
- 3 Engagement digital:** En respuesta a la desinformación difundida por Internet, aplicar una estrategia de engagement digital específica a las vacunas y que aborde con prontitud las falsas narrativas.
- 4 Iniciativas dirigidas por expertos:** Organizar sesiones live-stream en línea de preguntas y respuestas con profesionales de la salud que puedan ofrecer soluciones en tiempo real y aminorar la ansiedad en la población.
- 5 Aprovechar a influencers:** Dada la influencia de las redes sociales, colaborar con influencers puede amplificar el alcance de la información.

UNICEF elabora estrategias de comunicación de riesgos y participación comunitaria en doce países

Estrategias Clave de Cambio Social y de Comportamiento (CSC), Logros y Lecciones Aprendidas

Breve resumen



Fechas de la actividad

De agosto de 2020 a Julio 2021



Duración

12 meses en ESAR



Presupuesto

USD\$500.000 en ESAR

Entre 2020 y 2021, UNICEF apoyó la iniciativa de [Evaluación Rápida Comunitaria \(ERC\)](#) en 12 países de las regiones de Asia Meridional y África Oriental y Meridional (SAR y ESAR, por sus siglas en inglés respectivamente). Las ERC proporcionaron a cada oficina de país datos sobre las percepciones de la población en relación con el COVID-19, los factores determinantes de los comportamientos, los comportamientos actuales, los obstáculos y el acceso a la información, el nivel de confianza, la aceptación de la vacuna, las estrategias de afrontamiento y la evolución

de las necesidades durante la pandemia de COVID-19. Estos datos se utilizaron para informar la respuesta de comunicación de riesgos y compromiso comunitario (RCCE, por sus siglas en inglés) de cambio social y de comportamiento ante el COVID-19, cuestionar el concepto de personas influyentes en la comunidad, hacer un seguimiento de la aceptación de los comportamientos preventivos, preparar la introducción de las vacunas contra el COVID-19 y abogar por la reapertura de las escuelas.

La comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) son estrategias importantes para reforzar los comportamientos y fortalecer la confianza y la cohesión social en situaciones de emergencia y brotes epidémicos. Aunque UNICEF ha sido durante mucho tiempo líder en RCCE, la organización ha experimentado una falta sistémica de datos con respecto a lo social y del comportamiento, así como de pruebas que puedan utilizarse para informar la política y los programas a nivel nacional y regional. Los estudios y encuestas puntuales sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) son comunes y contribuyen a las aportaciones iniciales o a los puntos de referencia de los programas. Sin embargo, se apoyan pocas actividades de recopilación y análisis de datos a largo plazo para alimentar continuamente el diseño y los mensajes de los programas para poblaciones en constante cambio. Las lecciones aprendidas del brote de Ébola en África Occidental en 2014-2015 mostraron que las estrategias de RCCE no pueden seguir un enfoque genérico, sino que deben dar prioridad a la participación de las comunidades locales, basarse en pruebas (haciendo uso de datos sólidos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de comunidades específicas) y hacer un seguimiento de cómo evolucionan estas prácticas con el tiempo.¹

En 2020, UNICEF puso en marcha la iniciativa de Evaluación Rápida Comunitaria (ERC). Esta iniciativa se diseñó en torno al Modelo de Impulsores del Comportamiento (MDC) de UNICEF, un marco que muestra los determinantes clave que afectan a los

comportamientos de las personas.² El objetivo era recopilar datos longitudinales que sirvieran de base a las respuestas al COVID-19 en todas las poblaciones. Entre marzo de 2020 y mediados de 2021, países del sur de Asia y del este y sur de África experimentaron varias oleadas mortales de COVID-19. La vacunación contra el COVID-19 se introdujo progresivamente y a pequeña escala a principios de 2021. La pandemia puso en jaque a los sistemas de salud y trastornó los servicios de salud esenciales.

La situación requería la adopción de conductas individuales y colectivas para reducir la transmisión (en lo que se centraron los esfuerzos de comunicación de riesgos y compromiso comunitario) y el fomento de la aceptación de la vacuna. La gestión eficaz de la pandemia dependía de la comunicación; de animar a la gente a vacunarse contra el virus; de mejorar los conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y comportamientos preventivos de la gente sobre el virus; y de la implicación eficaz de las comunidades y las organizaciones locales, las redes y las personas influyentes durante la pandemia, especialmente en los periodos de sobrecarga.

Los datos de la ERC de UNICEF fueron utilizados por los planificadores de programas y los gobiernos para desarrollar estrategias de prevención y mitigación de la RCCE, e intervenciones para motivar la aceptación de la vacuna. Los grupos de trabajo nacionales sobre la RCCE, copresididos por los ministerios de salud y las CO de UNICEF, movilaron a los grupos para que pasaran a la acción.



© UNICEF/UNI362239/Everett



Enfoque estratégico

La iniciativa CRA se puso a prueba en cuatro países del sur de Asia (Afganistán, India, Nepal y Pakistán) y en ocho países del este y el sur de África (Angola, Etiopía, Kenia, Madagascar, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur y Uganda) entre mediados de 2020 y mediados de 2021. Se realizaron tres rondas de recogida de datos de septiembre a julio de 2021 (cada tres o cuatro meses). Cada ronda de recogida de datos consistió en una muestra aleatoria de 1.000 encuestados en cada uno de los países seleccionados. Hubo más de 48.000 encuestados de la CRA en las dos regiones (6.000 por país en SAR y 3.000 por país en ESAR).

Se contrató a una agencia externa, VIAMO, para recoger los datos y realizar su análisis y visualización, en colaboración con el personal de UNICEF. Las preguntas de la encuesta se centraron en las percepciones y los comportamientos de las personas en relación con el COVID-19 (riesgo), los factores impulsores y las barreras, la aceptación de la vacuna, las estrategias de afrontamiento, la confianza en las instituciones, los grupos comunitarios y los canales de comunicación, y la evolución de las necesidades. Las encuestas se administraron mediante Respuesta de Voz Interactiva (IVR, por sus siglas en inglés) y marcación aleatoria (RDD, por sus siglas en inglés). Los datos se desagregaron por sexo, edad y ubicación.

El análisis de los datos examinó las asociaciones entre los resultados de interés (por ejemplo, las prácticas de comportamiento) y un conjunto de características de los encuestados (por ejemplo, edad, educación, sexo, habitante rural/urbano). En algunos países, las encuestas alcanzaron una cobertura nacional, mientras que en otros se repitieron en estados u hogares seleccionados. Los datos se pusieron a disposición a través de un tablero de datos global apoyado por la Harvard Humanitarian Initiative y por Statistics Without Borders, y se publicaron en el Chance Journal y en el American Statistical Journal. La Harvard Humanitarian Initiative publicó indicadores en tiempo real entre cada ronda de recopilación de datos para sensibilizar al público.

Los datos se debatieron en las reuniones de los grupos de trabajo nacionales y subnacionales de la RCCE y se utilizaron para perfeccionar las respuestas nacionales de la RCCE en cada región. Por ejemplo, en la Región de África Oriental y Meridional (ESAR), los datos pusieron en duda la suposición de que involucrar a los líderes tradicionales y religiosos daría los mejores resultados para la aceptación de la vacuna; quienes respondieron a las encuestas afirmaron que grupos dirigidos por jóvenes y mujeres serían redes más fiables a nivel comunitario para promover la adhesión a las prácticas preventivas.

Los datos de la ERC de UNICEF ayudaron a desentrañar los factores que influían en la disposición individual a vacunarse contra el COVID-19, a enviar a sus hijos de vuelta a la escuela y a otros comportamientos individuales y colectivos asociados a la prevención y mitigación del COVID-19.

Los datos se utilizaron para desarrollar las estrategias y actividades de la RCCE del COVID-19. Las CO que participaron en este ejercicio compartieron periódicamente los datos de la ERC con sus homólogos nacionales de la RCCE, a través de los mecanismos nacionales de coordinación de la RCCE establecidos.





Principales resultados

- En la Región de Asia Meridional (SAR), se llegó a más de 1.100 millones de personas a través de la respuesta COVID-19 RCCE (incluidos los cuatro países CRA: Pakistán, Nepal, Afganistán e India).
- Al menos 300.000 personas participaron en las actividades del COVID-19 RCCE, y 21 millones compartieron sus preocupaciones a través de los mecanismos de retroalimentación.
- En la Región de África Oriental y Meridional (ESAR), se llegó a más de 160 millones de personas con mensajes preventivos y para salvar vidas en los ocho países CRA seleccionados (Angola, Etiopía, Kenia, Madagascar, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur y Uganda).
- Los datos de la ERC recopilados en 2020 y principios de 2021 se difundieron internamente (a UNICEF) y externamente mediante seminarios web y presentaciones en las reuniones nacionales del Grupo de Trabajo de la ERC presididas por el Ministerio de Sanidad y copresididas por UNICEF en la Región de Asia Meridional (SAR).
- La Oficina de Evaluación de la Sede de UNICEF publicó un informe con las conclusiones de los datos de referencia (primera ronda) de la ERC de ESAR recogidos en 2020 en los tres primeros países. El

informe se utilizó para revisar los planes de la ERC para 2021 en Kenia, Madagascar y Sudán del Sur, y se compartió con los altos directivos de UNICEF (Sede, ESARO y CO) y con los socios.

MÁS DE
48,000

encuestados
de CRA en las dos
regiones

MÁS DE
1.1 billones

de personas fueron alcanzadas a
través de la respuesta COVID-19
RCCE en la Región del Sur
de Asia (SAR)

21 millones

de preocupaciones
compartidas a través de
mecanismos de
retroalimentación



© UNICEF

© UNICEF/UN0430659/Karimi





Lecciones aprendidas

- 1** Diseñar estrategias de comunicación de riesgos y participación comunitaria eficaces y centradas en las personas exige comprender los factores que impulsan los comportamientos, que no siempre están integrados en los sistemas de seguimiento y evaluación.
- 2** Los distintos grupos demográficos requieren enfoques de RCCE adaptados que aprovechen a actores influyentes de la comunidad y los canales de comunicación adecuados. Las conclusiones en tiempo real del ERC proporcionaron información crítica a múltiples sectores del trabajo de UNICEF. El desglose de datos, los análisis y los comentarios del CRA reforzaron la capacidad de UNICEF para ofrecer enfoques adaptados, especialmente para las poblaciones vulnerables.
- 3** En un entorno rápidamente cambiante, los datos de referencia y datos de series temporales recopilados a través del CRA proporcionaron valiosos enfoques en múltiples áreas programáticas, como la Protección Social, la Protección de la Infancia y la Educación, contribuyendo a mejorar la preparación para futuras crisis.
- 4** Las encuestas telefónicas permiten una recopilación de datos rápida y asequible. También evitan los problemas de alfabetización y pueden realizarse en las lenguas locales. Esta recopilación de datos tiene limitaciones, sobre todo en países con bajo uso de teléfonos móviles (y escasa por parte de las mujeres), lo que podría dar lugar a una baja representación de los grupos vulnerables.
- 5** La principal innovación de la CRA reside en su capacidad para recopilar datos en tiempo real y sobre tendencias en lugares donde existe una gran penetración de la telefonía móvil, alcanzando poblaciones rurales a las que de otro modo sería difícil llegar mediante encuestas domiciliarias, sobre todo teniendo en cuenta las importantes limitaciones que plantea el COVID-19 en términos de movilidad y seguridad para los trabajadores de primera línea y los investigadores.



Recomendaciones

- 1** Con una mayor inversión, se puede mejorar esta modalidad de producción y utilización de datos representativos, de series temporales y de población, para complementar la recopilación de datos de UNICEF vinculada a la prestación de servicios. Los sistemas en los que están integrados pueden reforzarse y, en última instancia, las intervenciones que UNICEF y los gobiernos llevan a cabo en las zonas seleccionadas pueden reforzarse y evaluarse a lo largo del tiempo.

Notas finales

- 1** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Evaluation of UNICEF's Response to the Ebola Outbreak in West Africa, 2014-2015", UNICEF, Nueva York, 2016.
- 2** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, COVID-19 Behavioral Drivers and Patterns: Una evaluación longitudinal de la región de Asia Meridional: Hallazgos de Afganistán, India, Nepal y Pakistán, noviembre de 2021, <[www.unicef.org/rosa/media/16941/file/Final%20report%20-%20COVID-19%20Behavioural%20Drivers%20and%20Patterns:%20%20A%20longitudinal%20assessment%20from%20the%20South%20Asia%20region%20\(November%202021\).pdf](http://www.unicef.org/rosa/media/16941/file/Final%20report%20-%20COVID-19%20Behavioural%20Drivers%20and%20Patterns:%20%20A%20longitudinal%20assessment%20from%20the%20South%20Asia%20region%20(November%202021).pdf)>.



SOCIAL + BEHAVIOUR CHANGE

El Compendio de Mejores prácticas de SBC ha sido elaborado conjuntamente por las Oficinas Nacionales, la Oficina Regional, el Equipo de SBC de la sede central y PCI Media.

Gracias a los increíbles equipos de SBC y de los países del programa por las contribuciones:

UNICEF Mozambique - Ketan Chitnis y equipo
UNICEF Etiopía: Rachana Sharma y equipo
UNICEF Malawi: Sanju Bhattarai y equipo
UNICEF Ruanda: Bhai Shelly y equipo
UNICEF Sudán del Sur: Vololomanitra Belalahy y equipo
UNICEF Somalia: Mandy Chikombero y equipo
UNICEF Uganda: Miriam Lwanga y equipo
UNICEF ESARO: Massimiliano Sani, Francine Elvia Ganter Restrepo y Lu Lu
SEDE DE UNICEF: Vincent Petit y Audrey Franchi

El compendio está disponible en formato electrónico y se puede descargar de <https://www.sbcguidance.org> y <https://unicef.sharepoint.com/sites/PG-SBC>

Para más información, ponte en contacto con: sbc@unicef.org