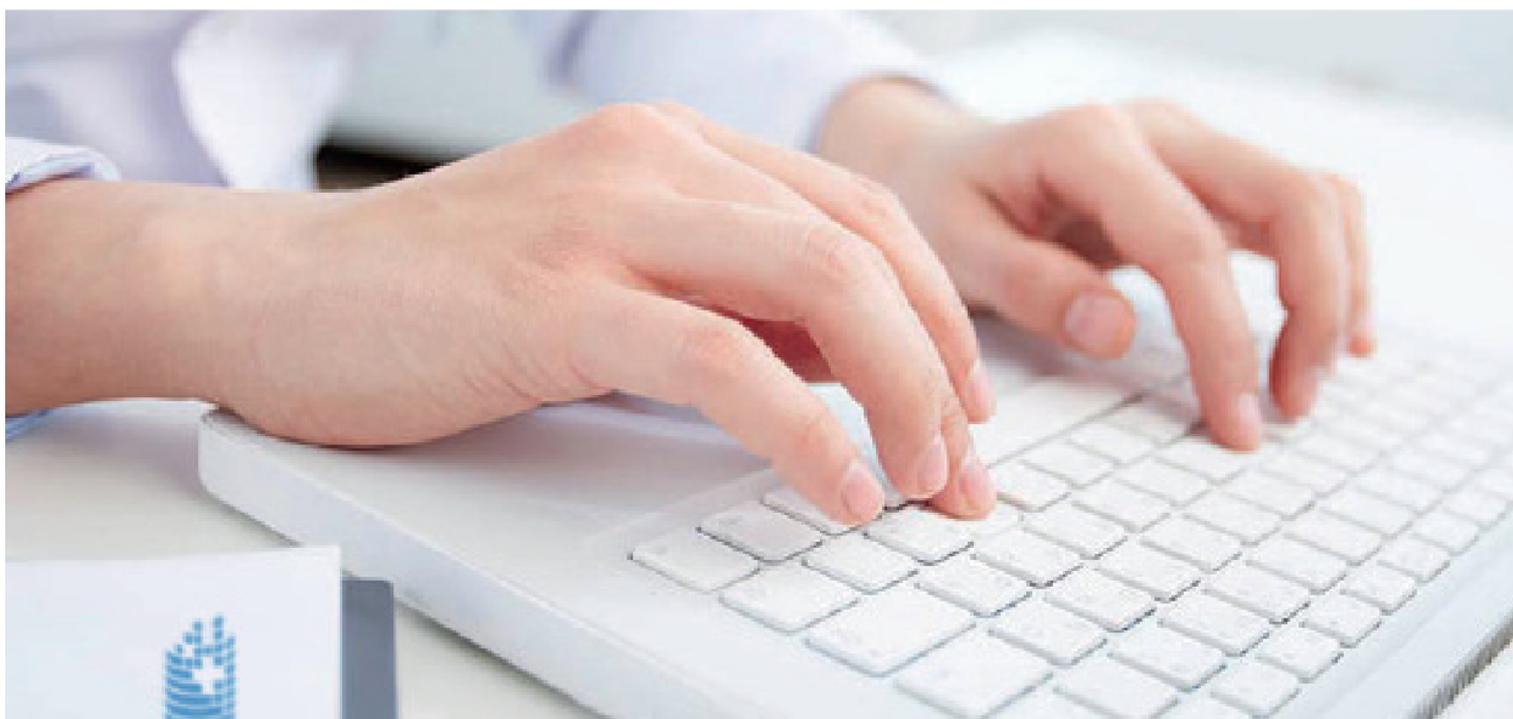
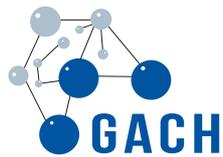


INFORME

PROPUESTAS SOBRE LA REAPERTURA ESCOLAR





Tema prioritario

Propuestas sobre la reapertura escolar

Equipo de trabajo: ATENCIÓN PRIMARIA - Grupo: PEDIATRÍA

Coordinador de equipo: Gabriel González

Coordinador de grupo: Mónica Pujadas

Integrantes: Daniel Borbonet, Álvaro Galiana, Gustavo Giachetto, Gabriel González, Mónica Pujadas

Invitados: Gabriela Garrido, Julio Medina

16 de mayo de 2020



Informe - Tema prioritario Reapertura escolar

Índice de Contenidos

- 1-Dinámica de la transmisión y contagiosidad en niños: global y según grupo etario

- 2-Insumos a considerar para la reapertura escolar
 - 2.1-Contexto actual. Análisis de la situación en Uruguay de COVID-19 en la comunidad y en niños. Circulación de otras infecciones respiratorias y perspectivas
 - 2.2-Impacto del cierre de escuelas. Importancia de la reapertura escolar
 - 2.3-Impacto del cierre escolar sobre la transmisión de COVID-19.
 - 2.4-Lineamientos y recomendaciones para la reapertura escolar desde organismos internacionales y otros países

- 3-Sugerencias y recomendaciones para Uruguay

- 4-Bibliografía consultada



Este informe se elabora en base a los 4 pilares definidos por el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH) que son progresividad, regulación, monitoreo y análisis de evidencia/evaluación.

1-Dinámica de la transmisión y contagiosidad en niños.

Los niños son susceptibles a la infección por SARS- CoV-2 pero a diferencia de los adultos, frecuentemente no desarrollan enfermedad importante o severa. A pesar de ello, se ha comunicado que algunas subpoblaciones presentan riesgo de desarrollar formas más graves como los lactantes y prescolares, los portadores de enfermedad pulmonar crónica de base e inmunocomprometidos.

En algunas comunicaciones se señala que la carga viral no presenta variaciones según la edad y que por tanto los niños pueden tener igual carga viral que los adultos, mientras que, en otras, se destaca que el comportamiento de la respuesta inmune frente a SARS-CoV-2 es diferente. Esto último, unido a diferencias cuantitativas y cualitativas en los receptores ACE2 (Angiotensin Converting Enzyme 2), contribuiría a explicar que se infecten menos, y en caso de hacerlo, desarrollen enfermedad más leve.

Estimaciones realizadas en el brote ocurrido en China indican las tasas de ataque en niños mucho más más bajas que en adultos. La probabilidad de infección en menores de 20 años fue sólo 0.26 (IC95% 0.13- 0.54). A esto se suma, un número significativamente mayor de casos asintomáticos o con síntomas leves y mejor pronóstico.

Hasta la fecha, diferentes estudios han mostrado que es poco probable que los niños sean los casos índices en el hogar. En el análisis de un brote en los Alpes Franceses, no se demostró que un niño transmitiera la infección, a pesar que se detectaron más de 100 contactos niños en la escuela y en la estación de esquí. Similares hallazgos se observaron en los Países Bajos y en Australia.



Estos datos parecen indicar que los niños no son grandes diseminadores o transmisores. Por otro lado, Drosten C. y colaboradores en Alemania, no hallaron diferencias significativas en las cargas virales de SARS- CoV- 2 entre adultos y niños. Además, la ausencia de síntomas no implica ausencia de excreción viral. En base a estos resultados advierten sobre el riesgo potencial de la reapertura ilimitada de escuelas y jardines en una situación como la actual, con una población ampliamente susceptible y con tasas bajas de transmisión comunitaria.

Hay razones para argumentar en contra de que la infectividad de los niños es similar a la de los adultos: los niños asintomáticos no transmiten el virus al toser y el volumen corriente exhalado es más pequeño que el de los adultos. Sin embargo, otros argumentos están a favor de la transmisión, mayor actividad física y socialización de los niños. Marco Ajelli de la Bruno Kessler Foundation (Trento Italia) sostiene que, aunque los niños pueden transmitir con menos eficiencia el virus, pueden compensar esa baja eficiencia con su red de contactos mucho más extendida sobre todo en la escuela.

Varios autores sostienen que el rol de los niños en la pandemia sigue sin estar claramente definido. Se requiere mayor estudio para comprender la dinámica de la transmisión en niños.

Es necesario, a medida que las escuelas se reabren, analizar el potencial de transmisión, asumiendo inicialmente que los niños podrían ser tan transmisores como los adultos. Esto se podría complementar con estudios de vigilancia serológica. Sin embargo, los resultados de este tipo de vigilancia no estarán disponibles a corto plazo. Por tanto, la decisión de cómo y cuándo abrir las escuelas se debe tomar valorando riesgos y beneficios en base a los datos disponibles hasta la fecha y monitorizando la situación.



2-Insumos a considerar para la reapertura escolar.

2.1. Contexto actual

Situación epidemiológica de COVID-19 y otras infecciones respiratorias en Uruguay.

En base a los datos epidemiológicos disponibles, Uruguay transita con una curva de incidencia de casos de COVID-19 con un crecimiento estable subexponencial. Actualmente el R_0 (índice reproductivo básico, o sea estimador de la capacidad de propagación de la infección) es menor a 1 (0.42, IC95% 0.59 - 0.80), se mantiene un número bajo de casos y la tasa de ingreso a terapia intensiva y letalidad también son bajas. La transmisión entre niños no parece ser un problema. La incidencia en menores de 15 años es muy escasa, a la fecha se han registrado 14 casos, todos leves o asintomáticos y sin hospitalizaciones, 12 de ellos de transmisión intradomiciliaria.

Las situaciones puntuales relacionadas con las fronteras tanto de Brasil como Argentina, merecen un monitoreo continuo y deberán ser resueltas en forma específica.

Hasta la fecha, el testeo masivo que se lleva a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rosse-ll, centro de referencia para usuarios de ASSE, que incluye los ingresos de mujeres y niños asintomáticos y sin manifestaciones respiratorias, no ha mostrado ningún caso positivo (1.005 test desde el 27 de abril). Esto parece indicar que la infección asintomática y/o paucisintomática no parece ser un problema en esta población.

Por otra parte, las medidas de salud pública adoptadas rápidamente desde el inicio de la pandemia sumado a las condiciones climáticas, se han asociado con una baja incidencia de otras infecciones respiratorias.

En este contexto epidemiológico, es posible la reapertura escolar progresiva y gradual. No obstante, tomando en cuenta el análisis sobre transmisibilidad de COVID-19 en niños, considerando que pronto se inicia el invierno y el posible impacto de las infecciones por otros virus respiratorios (no COVID19) en la situación sanitaria, en las que los niños sí juegan un rol importante en la transmisibilidad, la reapertura escolar exigirá estrecha monitorización.



Características de las medidas adoptadas.

Es necesario utilizar medios y estrategias alternativas a la escuela para adaptarse a posibles reaperturas y cierres en función de la evolución epidemiológica. Por otra parte, mantener las medidas de mitigación dependen de las capacidades preexistentes, infraestructura, adaptación de contenidos y estrategias para desarrollar una educación mixta, presencial y a distancia.

Uruguay es el único país de la región, que habiendo logrado disminuir la brecha digital, pudo implementar enseñanza virtual, aún con el desafío de alcanzar a los estudiantes más vulnerables y con conectividad limitada. Otros países de Latinoamérica intentaron implementar el uso de medios como contenido académico, utilizando TV, radio y redes sociales. En Europa y China se desarrollaron acuerdos con la TV pública para desarrollar programaciones de contenido educativo.

A pesar de ello, informes preliminares señalan que los sectores más vulnerables de la población han perdido conectividad con las actividades escolares por diferentes razones: roturas y no reparaciones de ceibalitas, menor implicancia de cuidadores con actividades escolares, dificultades socioeconómicas que llevan a priorización de otras actividades básicas.

Además de garantizar la continuidad educativa, la reapertura escolar implica nuevos desafíos en medio de la pandemia: incorporar medidas de distanciamiento físico, mantener la limpieza de los locales, fortalecer la higiene de manos, desarrollar programas de acompañamiento escolar para estudiantes de riesgo y con necesidades especiales. Estos desafíos requieren una respuesta integral que implica además del sistema educativo al sistema sanitario y de protección social.



2.2. Impacto del cierre de escuelas. Importancia de la reapertura escolar

Al declararse la pandemia de COVID 19, varios países decretaron el cierre de escuelas a nivel nacional. Esta medida está afectando a cientos de millones de niños en el mundo. Los efectos económicos y sociales secundarios al cierre escolar son potencialmente muy grandes.

El cierre escolar puede aumentar la inseguridad alimentaria. Para muchos niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad socioeconómica, las escuelas no son solo un lugar para aprender, sino también donde se alimentan de forma saludable. Las investigaciones demuestran que el almuerzo escolar está asociado con mejoras en el rendimiento académico, mientras que la inseguridad alimentaria (dietas irregulares o poco saludables) se asocia con bajo nivel educativo y riesgos sustanciales para la salud física y mental.

La brecha en las habilidades matemáticas y de alfabetización entre los niños de niveles socioeconómicos más bajos y más altos se amplían durante los períodos de vacaciones escolares. Las vacaciones de verano en la mayoría de las escuelas estadounidenses contribuyen a una pérdida del rendimiento académico equivalente a 1 mes de educación para niños de bajo nivel socioeconómico, y esto no se ha observado en los niños de nivel socioeconómico más alto. Es probable entonces, que el cierre escolar determine las mismas consecuencias.

A pesar que nuestro país dispone de una amplia conectividad y se ha podido contemplar la enseñanza virtual a través del Plan Ceibal, como se señaló anteriormente es posible que existan diferencias en el desempeño de los hogares de bajos recursos comparados con los de recursos más altos. Es probable que los hogares de bajos recursos tengan dificultades para completar tareas y cursos en línea por diversos motivos: menor disponibilidad de PC en condiciones adecuadas, menor conectividad, falta de lugares adecuados para realizar la tarea, escasa supervisión en el hogar, limitación en el acceso a otras fuentes como libros para completar las tareas, falta de espacio apropiado para ocio y/o vivienda, entre otros.



Más allá de los desafíos educativos, la amenaza adicional es la severa recesión económica que contribuyen a exacerbar la pobreza infantil con sus consecuencias para la salud, el bienestar de los niños y sus resultados de aprendizaje.

Al impacto educativo se suma, el económico, si una proporción importante de la fuerza laboral se queda en su hogar para cuidar a sus hijos y no puede asistir a trabajar. Por otra parte, es necesario considerar que los niños no permanecen en sus hogares sin entrar en contacto con otras personas luego del cierre escolar. Por el contrario, continúan saliendo, se reúnen, pero lo que es de mayor riesgo es el aumento del contacto con adultos mayores vulnerables.

Es fundamental garantizar la continuidad educativa de manera inclusiva: es posible que la emergencia acentúe brechas de aprendizajes preexistentes entre distintos grupos socioeconómicos. En el corto plazo, se debe garantizar que los contenidos curriculares lleguen a la población más vulnerable y monitorear los aprendizajes. En el mediano plazo, pueden ser necesarios programas de reforzamiento o refuerzo escolar; estar atentos desde ya para la reapertura de las escuelas: se debe minimizar el riesgo de abandono característico de la interrupción de clases y nivelar los aprendizajes de los grupos rezagados. De igual modo, es necesario velar por que las escuelas cuenten con las condiciones edilicias y de salubridad mínimas que permitan un regreso seguro a las clases presenciales.

Por otra parte, la suspensión de la atención ambulatoria y por lo tanto de los controles en salud de niños y adolescentes, sumado al cierre de las instituciones educativas determina una pérdida de oportunidades de detección de situaciones de riesgo y o problemas de salud mental y del neurodesarrollo. Más aun, las medidas de distanciamiento físico sumados al cierre escolar aumentan la frecuencia de trastornos internalizados y externalizados y favorecen situaciones de violencia doméstica y vulneración de derechos.

El sector educación y salud resultan actores clave en la promoción de la detección e intervención oportuna frente a estos problemas de salud pública.



En definitiva, al analizar la reapertura escolar se debe contemplar el impacto del sistema educativo en:

- Posibilitar el trabajo de los padres y su importancia en la reactivación de la economía
- Disminuir las brechas de aprendizaje y la inequidad social
- Disminuir la vulnerabilidad social
- Disminuir la inseguridad alimentaria
- Salud mental
- Violencia doméstica

2.3. Impacto del cierre de escuelas sobre la transmisión de COVID19.

No se disponen de suficientes estudios que evalúen la efectividad del cierre escolar aislado como medida para mitigar la diseminación de la enfermedad. En general el cierre escolar se evalúa en el conjunto de medidas de distanciamiento social adoptadas. Más aun la calidad de los estudios es baja y derivan frecuentemente de modelados. Los datos disponibles sugieren que la escuela no jugó un papel importante en la transmisión del brote y que el cierre escolar y el monitoreo de la temperatura escolar no contribuyeron al control de la transmisión de la infección.

La experiencia de Hong Kong indica que la transmisión de COVID-19 puede ser contenida con una combinación de testeo y aislamiento de casos, más el rastreo y la cuarentena de los contactos cercanos junto con cierto grado de distanciamiento social para reducir la transmisión comunitaria de casos no identificados.

Modelos de simulación basados en influenza para analizar la efectividad de medidas de mitigación de la diseminación temprana en Singapur, utilizando R_0 de 1, 2, 2, y 2,5 y asumiendo 7.5% de casos asintomáticos, mostraron que la combinación de medidas (cuarentena de los casos infectados y sus familias, distanciamiento de los lugares de trabajo y cierre escolar) pueden disminuir significativamente el número de casos. Sin embargo, la cuarentena y el distanciamiento de los lugares de trabajo deben ser priorizados sobre el cierre escolar ya que los niños sintomáticos tienen más probabilidad de suspender la escuela que los adultos sintomáticos el trabajo. Además, al aumentar la proporción de asintomáticos, la efectividad de las medidas disminuye requiriendo un estricto manejo de casos y contactos.



Un modelo desarrollado en Australia permite estimar que el cierre escolar no aporta beneficios decisivos a menos que se combine con un alto nivel de cumplimiento del distanciamiento físico. Si no se alcanza una tasa de cumplimiento de 80 – 90% en las estrategias de distanciamiento físico, el control de la epidemia puede no ser efectivo. Niveles de cumplimiento menores al 70% se asocian con escaso beneficio, resaltando la importancia de las campañas informativas de protección para lograr el máximo acatamiento de la población. Un retraso de 3 días en la introducción de tales medidas prolonga la duración de la estrategia de mitigación en promedio 4 semanas. En este modelo se evaluó el posible impacto del cierre escolar durante 49 días (7 semanas), comenzando cuando el umbral de casos era 2000 y sumado a aislamiento de casos y cuarentena de contactos. El cierre escolar no logra una reducción significativa en la tasa de ataque. Sin embargo, los picos de incidencia y prevalencia se retrasan 4 semanas (aprox. 27 días) Es importante señalar que, en este modelo, el cierre escolar junto con el aislamiento de casos y la cuarentena domiciliaria, aumentó en aproximadamente 7% la incidencia en niños. Esto podría explicarse por interacciones de niños en hogares y comunidad.

Datos de la experiencia en China parecen indicar que, si bien el cierre proactivo de las escuelas no puede interrumpir la transmisión por sí solo, puede reducir la incidencia máxima en un 40-60% y retrasar la epidemia

Es importante destacar que gran parte de las medidas de distanciamiento, en especial el cierre escolar se toma en base a la experiencia con influenza, en la que los niños son un grupo vulnerable y de alta transmisibilidad. En influenza los datos sobre la efectividad del cierre de las escuelas son heterogéneos y dependen de las características del serotipo de virus. En el caso de gripe, el virus tiene $R < 2$ y las tasas de ataque y transmisibilidad son mayores en niños que en adultos. Esto no es lo que se ha observado con SARS-CoV-2. Las revisiones señalan que los beneficios del cierre escolar podrían ser menores que los que se asume o modela debido que los niños continúan el contacto social entre ellos y con adultos, especialmente como parte del cuidado informal que se realiza en el hogar con otras personas, incluyendo adultos de riesgo (abuelos). Estudios recientes de modelación de COVID-19 predicen que el cierre de las escuelas sólo evitaría 2- 4% de las muertes. La efectividad es menor que la de otras medidas de distanciamiento social.



2.4. Lineamientos y recomendaciones para la reapertura escolar desde organismos internacionales y en otros países.

Distintos países están transitando hacia la reapertura escolar con estrategias diferentes. La mayoría de las comunicaciones provienen de países del hemisferio norte.

A modo de ejemplo, en Francia se está iniciando la reapertura en forma progresiva, con clases de no más de 15 alumnos, en régimen mixtos con media clase en aula y el resto manteniendo las clases remotas y con estrictos protocolos sanitarios.

En Dinamarca hacen especial hincapié en establecer horarios escalonados a la entrada y salida de los escolares para evitar aglomeraciones de los padres en las puertas de centros educativos.

En Filadelfia sugieren testeo regular a grupos de niños y a personal de los centros educativos.

En general las comunicaciones coinciden en mantener cerradas las universidades. Si bien en el mundo los gobiernos y científicos coinciden en que no hay recetas únicas para la reapertura y que la monitorización permanente es clave, se han emitido recomendaciones por parte de organismos internacionales que son tenidos en cuenta en el presente informe para establecer las sugerencias y recomendaciones para nuestro país. Ellos son fundamentalmente los informes del CDC, de UNICEF, del BID y del Gobierno de España.

3-Sugerencias y recomendaciones para Uruguay.

Las recomendaciones de este grupo integrante del sector salud son aportes que deben complementarse e integrarse con la opinión e información de otros actores claves, como autoridades del MSP, e intersectoriales del área social y educativa.

Considerando la situación epidemiológica actual; el análisis de la dinámica de la transmisión del virus en niños; el menor riesgo de la enfermedad en este grupo etario; las repercusiones sobre otros componentes de la salud infantil, así como las repercusiones económicas y sociales del cierre total, no programado de las instituciones educativas, así como su dudosa efectividad como medida de mitigación de COVID19, este grupo entiende necesario planificar e implementar la reapertura escolar.



Asimismo, el análisis del comportamiento de la infección por SARS-CoV-2 COVID19 en los países que vienen transitando la pandemia está mostrando que al menos hasta que esté disponible una vacuna efectiva, continuará circulando más allá de las medidas adoptadas, lo que hace necesario avanzar en la planificación de la nueva normalidad.

Este grupo entiende imprescindible antes de la reapertura escolar evaluar la implementación y los resultados de lo siguiente:

- el reinicio de la atención médica ambulatoria presencial en el primer nivel de atención, incluyendo el control en salud de niños y adolescentes, la atención a la salud mental y de los trastornos del neurodesarrollo, así como el acompañamiento en territorio de los grupos vulnerables mediante los programas de protección social disponibles.
- el reinicio de la salida progresiva a los espacios públicos con cuidadores responsables de acuerdo a las recomendaciones enviadas en el informe anterior.

Debe tenerse en cuenta que el reinicio de clases presenciales debe ser gradual, progresivo y monitorizado permanentemente.

En especial genera cautela y preocupación en el grupo la situación epidemiológica regional, la adopción en conjunto de otras medidas que también aumentan el contacto social y la percepción de un menor cumplimiento de las medidas de distanciamiento físico por parte de la población.

Por tanto, se propone una reapertura gradual, progresiva, no universal ni generalizada, con asistencia no obligatoria, manteniendo la modalidad virtual en un sistema mixto, monitorizado y contemplando la adopción de posibles medidas regresivas si la evolución de la situación epidemiológica empeora. Además de contemplar la situación epidemiológica de COVID-19, se debe analizar el impacto sanitario de las otras infecciones respiratorias (no COVID) en vísperas del invierno.

Se sugiere priorizar inicialmente:

- Las áreas con menor circulación viral, con menor densidad poblacional y de mayor vulnerabilidad social.

- Los niños a cargo de trabajadores de la salud o de otras tareas esenciales, con dificultades para lograr el cuidado seguro en sus hogares.
- Los niños escolares. Pese a que los preescolares no tienen un rol importante en la transmisión y la repercusión del cierre educativo en su neurodesarrollo puede ser mayor especialmente en poblaciones vulnerables, debido a las dificultades en implementar medidas de distanciamiento físico y al elevado riesgo de transmisión de otros virus respiratorios, se desaconseja incluirlos en la primera etapa.
- El reinicio no debe ser masivo ni global. Dentro de la edad escolar, se propone el reinicio parcial con el número de alumnos y en las clases y días según considere e instrumente cada centro.

El grupo asesor considera que la reapertura escolar está condicionada a las siguientes variables:

- Diagnóstico de situación de las escuelas (incluye acceso, condiciones edilicias del centro educativo, capacidad para implementar medidas de higiene y mantener distanciamiento físico).
- Capacidad de monitoreo permanente.
- Acceso a los test diagnósticos para el diagnóstico y aislamiento de casos y contactos.

Lineamientos generales:

- Promover la educación y participación de los niños en difundir en sus hogares las medidas de prevención de infecciones respiratorias.
- Se evitará la concurrencia de estudiantes, maestros y otro personal enfermo.

- Identificar los estudiantes y el personal definido de riesgo de enfermar por parte del equipo de salud y en ellos promover la enseñanza virtual y el teletrabajo.
- Se refuerza la indicación de vacuna antigripal a todo el personal de los centros (maestros y de otras áreas) así como a los niños de todas las edades.
- Las escuelas deben contar con instalaciones de agua, saneamiento y gestión de residuos y seguir los procedimientos recomendados de limpieza y descontaminación ambiental.
- Reforzar la higiene de superficies que son tocadas por muchas personas (barandas, mesas de almuerzo, deportes equipos, manijas de puertas y ventanas, juguetes, ayudas para la enseñanza y el aprendizaje, etc.)
- Uso de tapabocas en personal docente, no docente y escolares.
- Reforzar el lavado de manos regular con agua y jabón y el uso de alcohol en gel
- Preparar y mantener estaciones de lavado de manos con agua y jabón, y si es posible, aplicar un desinfectante para manos a base de alcohol en cada aula, en las entradas y salidas, y cerca de comedores y baños.
- Coordinar y seguir las pautas de las autoridades nacionales de salud y educación.
- Compartir información con el personal, cuidadores y estudiantes, proporcionando información actualizada sobre la situación de la enfermedad, incluyendo esfuerzos de prevención y control en la escuela.
- Reforzar que los cuidadores deben alertar a la escuela y autoridades de atención médica si alguien en su hogar ha sido diagnosticado con COVID-19 y mantener su niño en casa.

- Analizar medios de transporte de la casa a la escuela, considerando protocolos para transporte escolar.
- Instruir a escolares y sus familias en protocolo de actuación al volver al hogar, aplicando medidas de desinfección (alfombra sanitaria, hipoclorito, alcohol al 70% y estricta higiene de manos).
- Promover realización de test de PCR para SARS-CoV2 COVID-19 en forma aleatoria a personal docente, no docente y alumnos.

Establecer procedimientos para estudiantes y personal enfermo.

- Asegurar un procedimiento para identificar y separar a los estudiantes y personal enfermos de aquellos que están bien, sin crear estigma, para informar a los padres y/o cuidadores y consultar con los servicios de asistencia predefinidos. A esos efectos se propone aplicar el mismo cuestionario que en las escuelas rurales a fin de identificar situaciones específicas ante las cuales no se podrá ingresar ni permanecer en el centro.
- Compartir procedimientos con el personal, padres y estudiantes con anticipación.
- Desarrollar políticas flexibles de asistencia de modo de alentar a los estudiantes y al personal a quedarse en casa en caso de enfermedad.

Identificar funciones y puestos de trabajo críticos, y planificar una cobertura alternativa mediante la capacitación cruzada del personal.

Implementar prácticas de distanciamiento físico:

- Cancelar cualquier evento y/o reunión en las instalaciones de la escuela.
- Suspender juegos deportivos y otros eventos que crean condiciones de hacinamiento.
- Crear espacio para que los escritorios de los niños estén separados al menos un metro y medio.



- Escalonar el comienzo y el final de la entrada a clases para evitar aglomeración en las puertas del centro educativo.
- Implementar jornadas escolares más cortas, no todos los días de la semana y de menor duración.
- Redistribución de espacios físicos, para mantener distanciamiento y disminuir los contactos.
- Implementar estrictas medidas de prevención en comedores, procurando sustituirlos por la entrega de tiques de alimentación u otras modalidades alternativas, evitando el encuentro de los niños en espacios comunes.
- Evitar aglutinamiento en pasillos y baños.

Consideraciones sobre el uso de tapabocas

El coronavirus podría transmitirse por el aire, aumentar en espacios cerrados y mal ventilados, y está directamente relacionada con la densidad de personas por metro cuadrado.

Estudios científicos han demostrado la utilidad de las mascarillas quirúrgicas (tapabocas) para prevenir la propagación de los coronavirus, por lo que se recomienda su uso para frenar la propagación del virus SARS-CoV-2. Las mascarillas son en especial útiles para prevenir la transmisión desde un portador a otras personas.

En la medida de lo posible, los niños mayores de 3 años, así como todos los adultos, deberán llevar tapabocas (no de uso médico) mientras estén en las aulas. Se debe priorizar el distanciamiento físico sobre las mascarillas en función del rol que tiene el facies y la representación emocional en el aprendizaje.



Monitorear la asistencia escolar

- Implementar sistemas de monitoreo del ausentismo escolar para rastrear la ausencia de estudiantes y personal y comparar contra los patrones de ausentismo habituales en la escuela.
- Alertar a las autoridades locales de salud sobre grandes aumentos en ausentismo de estudiantes y personal debido a enfermedades respiratorias.
- Desarrollar estrategias para promover la continuidad del aprendizaje.

En caso de ausentismo, baja por enfermedad o cierre temporal de escuelas, apoyar el acceso continuo a educación de calidad. Esto puede incluir:

- Uso de estrategias en línea / e-learning.
- Asignación de lectura y ejercicios para el estudio en el hogar.
- Radio, podcast o transmisiones de televisión de contenido académico.
- Asignación de maestros para realizar un seguimiento remoto diario o semanal con los estudiantes.
- Abordar las necesidades de salud mental / apoyo psicosocial
- Apoyar a poblaciones vulnerables
- Trabajar con sistemas de servicios sociales para garantizar la continuidad de los servicios críticos que pueden tener lugar en las escuelas, tales como exámenes de salud, programas de alimentación o terapias para niños con necesidades especiales. Considerar las necesidades específicas de niños con discapacidades y de poblaciones marginadas que pueden ser más agudas impactado por la enfermedad o sus efectos secundarios
- Implementar estrategias de apoyo de “cuidado del cuidador” para los equipos docentes y funcionarios, facilitando acceso a los servicios de salud mental en sus distintos modos, en aquellos casos que así lo requieran.

Establecer protocolo de actuación ante detección de caso COVID19 en la comunidad escolar

Se seguirán recomendaciones y protocolos definido por la autoridad sanitaria MSP.

Se recomienda priorizar la realización de test y su pronto resultado a fin de orientar adecuadamente las medidas a adoptar.

La reincorporación a las clases presenciales se enmarca en el cumplimiento del derecho que tienen los niños y adolescentes al aprendizaje y a la socialización como necesidades básicas para su desarrollo, contempladas por la Convención de los Derechos del Niño.

4- Bibliografía consultada

1. Hong H, Wang Y, Chung HT, Chen CJ. Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatr Neonat* 2020; 61: 131- 132
2. Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. *Pediatrics* 2020; 145(6): e202000834
3. Jones T, Mühlemann B, Veith T, Zuchowski M, Hofmann J, Stein A, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. Disponible en: https://zoonosen.charite.de/dateien_upload/analysys-of-SARS-CoV-2-viral-load-by-patient-age.pdf Consultado: 1/05/2020
4. Lu X, Xiang Y, Du H, G Wong. SARS-CoV-2 infection in children – Understanding the immune responses and controlling the pandemic doi:10.1111/PAI.13267. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pai.13267> Consultado 26/4/2020
5. Jing Q-L, Liu M-J, Yuan J, Zhang Z- B, Zhang A-R. Dean N, et al. Household Secondary Attack Rate of COVID-19 and Associated Determinants. *MeRxiv* 2020 doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.11.20056010>
6. Munro APS, Faust SN. Children are not COVID- 19 super spreaders: time to go back to school. *Arch Dis Child* 2020; 0:1–2. doi:10.1136/archdischild-2020-319474
7. Epaulard DK, Gaymard BT, Bothelo-Nevers CE, Spaccaferri BC, Mailles AF, Tolsma B, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. *Clin Infect Dis*. 2020 Apr 11. pii: ciaa424. doi: 10.1093/cid/ciaa424. [Epub ahead of print].
8. National Centre for Immunisation and Surveillance COVID-19 in schools – the experience in NSW, 2020. Available: http://ncirs.org.au/sites/default/files/2020-04/NCIRS%20NSW%20Schools%20COVID_Summary_FINAL%20public_26%20April%202020.pdf [Accessed 1 May 2020].
9. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Children and COVID-19, 2020. Available: <https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19> [Accessed 1 May 2020]

- 21.** Cowling BJ, Ali ST, Ng T, Tsang TK, Li JC, Fong MW, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health* 2020, S2468-2667(20)30090-6.
- 22.** Koo JR, Cook KA, Park M, Sun Y, Sun H, Lim JT et al. Interventions to mitigate early spread of SARS-CoV-2 in Singapore: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2020, S1473-3099(20)30162-6.
- 23.** Chang SL, Harding N, Zachreson C, Cli OM, Prokopenko M. Modelling transmission and control of the COVID-19 pandemic in Australia. Disponible en: <https://arxiv.org/abs/2003.10218>
- 24.** Zhang J, Litvinova M, Liang Y, Wang Y, Wang W, Zhao S, et al. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. *Science* 10.1126/science.abb8001 (2020).
- 25.** Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4(5): 397-404
- 26.** Peto J, Alwan NA, Godfrey KM, Burgess RA, Hunter DJ, Riboli E, Romer P; 27 signatories. Universal weekly testing as the UK COVID-19 lockdown exit strategy. *Lancet*. 2020 May 2;395(10234):1420-1421. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30936-3. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32325027; PMCID: PMC7172826
- 27.** Unicef. Key Messages and Actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools. Disponible en: <https://www.unicef.org/romania/documents/key-messages-and-actions-covid-19-prevention-and-control-schools> Consultado: 10/5/2020
- 28.** Maria Soledad Bos, Livia Minoja y Wilhelm Dalaison. Banco Interamericano de Desarrollo. Estrategia de reapertura de escuelas durante COVID19. [www. Estrategia -de- reapertura- de -escuelas- durante- COVID19.pdf](http://www.estrategia-de-reapertura-de-escuelas-durante-COVID19.pdf) Consultado 3/5/2020
- 29.** Propuesta de la Asociación Española de Pediatría AEP en relación a la apertura gradual de las áreas de educación infanto juvenil. 13 de mayo 2020. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/aep_propuesta_apertura_gradual_centros_educativos._13.05.2020._2.pdf Consultado 15/5/2020