

ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS ARBOVIRUS BASADOS EN LA COMUNIDAD: SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS EN CINCO PAÍSES EN CENTROAMÉRICA

Medical Care Development International



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



Cruz Roja
SalvaDorona

Sometido a:

Kellie Stewart, Coordinadora Regional para América Central y la República Dominicana en materia de Zika, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Citación Recomendada:

Medical Care Development International. Elementos Esenciales para la Prevención y el Control de los Arbovirus Basados en la Comunidad: Sistematización de Experiencias en Cinco Países en Centroamérica. Documento sometido a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Septiembre 2019: Medical Care Development International.

El Proyecto de Respuesta Comunitaria al Zika (ZICORE) es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el Acuerdo Cooperativo AID-OAA-A16-00076. Medical Care Development International (MCDI) ejecuta el Proyecto ZICORE como el socio implementador principal, en asociación con las sociedades nacionales Cruz Roja Guatemalteca y de la Cruz Roja Salvadoreña y ha colaborado con COMISCA durante periodo de ejecución.

Este documento se hizo posible gracias al apoyo generoso del pueblo americano a través de USAID. Su contenido es de la responsabilidad de MCDI y no necesariamente refleja las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Medical Care Development International



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



TABLA DE CONTENIDO	3
RESUMEN EJECUTIVO	4
I. CONCEPTOS CLAVE Y REVISIÓN DE EVIDENCIA	5
OBJETIVO Y ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO	5
Propósito	5
Organización del documento	5
Definición de conceptos	5
Vigilancia integrada	5
Control vectorial	6
Participación comunitaria	6
Movilización social	6
Colaboración Multisectorial	7
CONTEXTO	7
Zika y otros Arbovirus en Centroamérica	7
Dengue	8
Chikungunya	9
Zika	9
Respuesta de los Sistemas de Salud a los Arbovirus	10
Marco Conceptual	10
Participación Comunitaria en el Control Vectorial	12
Los cuatro proyectos de enfoque de este resumen	13
Acción Comunitaria contra el Zika (CAZ)	13
El Uso Innovador del Modelo de Grupos de Cuido (Care Group Model)	14
y Salud Móvil (mHealth) para Reducir la Transmisión del Virus del Zika	
Nuestra Salud	15
Respuesta Comunitaria al Zika (ZICORE)	16
II. BUENAS PRÁCTICAS DE LOS PROYECTOS	17
PILAR 1: Prácticas de Vigilancia Integrada	18
PILARES 2 y 3: Prácticas de Control Vectorial y Prácticas de Movilización Social	21
PILAR 4: Prácticas de Colaboración Multisectorial	26
III. ANEXOS	
ANEXO 1 – DATOS BÁSICOS DE LOS CUATRO PROYECTOS	29
ANEXO 2 – LISTA DE PRÁCTICAS EFECTIVAS PREVIAMENTE IDENTIFICADAS	30
ANEXO 3 – BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO 4 – COMPORTAMIENTOS CON MAYOR POTENCIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL ZIKA	37
ANEXO 5 – RESUMEN DE EVIDENCIA CUATRO ESTUDIOS	39
ANEXO 6 – FICHAS DE BUENAS PRÁCTICAS	41
FICHA 6.1 – Encuesta de Demografía Pupal	41
FICHA 6.2 – Uso de ovitrampas con sistema geo-referencial para enfocar esfuerzos de control	45
FICHA 6.3 - Fortalecimiento de la red comunitaria para promover la vigilancia entomológica comunitaria	48
FICHA 6.4 – Visitas sistemáticas y repetidas a los hogares para revisar posibles criaderos y comunicar sobre los riesgos	55
FICHA 6.5 - Educación sobre la prevención de las arbovirosis en centros educativos	60
FICHA 6.6 - Materiales de comunicación elaborados en base a actividades de investigación acción participativa	63
FICHA 6.7 – Movilización social en las campañas comunitarias de eliminación de criaderos	66
FICHA 6.8 – Uso de mesas intersectoriales para planificar y coordinar actividades con todos los actores sociales	69
FICHA 6.9 – Fomento y desarrollo de Comités de Salud	72
FICHA 6.10 – Sesiones de Diálogo Comunitario	75



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



ELEMENTOS ESENCIALES PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LOS ARBOVIRUS BASADOS EN LA COMUNIDAD: SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS EN CINCO PAÍSES EN CENTROAMÉRICA

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento presenta una síntesis de las experiencias de cuatro proyectos financiados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para apoyar la respuesta comunitaria a la emergencia sanitaria causada por la epidemia del virus Zika en Centroamérica que surgió en el año 2015. En este contexto, se identificaron una serie de buenas prácticas como elementos esenciales para la prevención y control de Zika y las otras arbovirosis con base en la comunidad.

Definición de Buena Práctica

Para los fines de este documento, una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra tener éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

La importancia de este informe y las prácticas identificadas radica en la creciente evidencia de: (1) la falta de eficacia de la forma tradicional, vertical de abordar la prevención en control de las arbovirosis, (2) la creciente resistencia a las insecticidas¹ (3) la falta de relación entre los índices tradicionales de infestación y la actual cantidad del vector adulto y mucho menos a la incidencia de infección de las arbovirosis, y, (4) las repetidas y cada vez más grandes epidemias. A nivel mundial, se estima que los arbovirus infectan a casi 400 millones de personas y generan daños económicos de alrededor de US\$9,000 millones.²

En una revisión de herramientas y estrategias para la prevención en control de las arbovirosis hecho por el El Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR) de de Organización Mundial de la Salud (OMS) se observó que “hay evidencia sólida de que las campañas basadas en la comunidad pueden impactar la abundancia de vectores, con evidencia emergente de impacto en la transmisión”.³

Las diez buenas prácticas basadas en la comunidad identificadas aquí se organizan en el marco de cuatro pilares derivados de la “Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030” de la Organización Mundial de Salud. El Anexo 6 de este documento proporciona fichas técnicas que presentan evidencia que las justifica como buenas prácticas, que las describen en forma resumida, que presentan una lista de herramientas que facilitan su ejecución y una tabla que anota retos encontrados y formas de abordarlos.

Las prácticas identificadas y el pilar a que corresponden son las siguientes:

PILAR 1: Prácticas de Vigilancia Integrada

1. Encuesta de Demografía Pupal (EDP) (Anexo 6.1)
2. Uso de ovitrampas con sistema geo referencial para enfocar esfuerzos (Anexo 6.2)
3. Fortalecimiento de la red comunitaria para promover la vigilancia entomológica comunitaria (Anexo 6.3)

PILARES 2 y 3: Prácticas de Control Vectorial y Prácticas de Movilización Social

4. Visitas sistemáticas y repetidas a los hogares para revisar posibles criaderos y comunicar riesgos (Anexo 6.4)
5. Educación sobre la prevención de las arbovirosis en centros educativos (Anexo 6.5)
6. Materiales de comunicación elaborados en base a actividades de investigación acción participativa (Anexo 6.6)
7. Campañas comunitarias de eliminación de criaderos (Anexo 6.7)

¹Rodríguez, M, Bisset, J and Fernández, D. Levels of insecticide resistance and resistance mechanisms in *Aedes aegypti* from some Latin American countries; Journal of the American Mosquito Control Association, 23 (4) 420-429, 2007.

²OMS, 2017. Respuesta Mundial para el control de vectores 2017-2030.

³Espino, Fe, et al. Community Participation and Tropical Disease Control in Resource-Poor Settings. UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 2004.

PILAR 4: Prácticas de Colaboración Multisectorial

8. La participación comunitaria en la coordinación multisectorial de la respuesta comunitaria al Zika y otras arbovirosis (Anexo 6.8)
9. Fomento y desarrollo de Comités de Salud (Anexo 6.9)
10. Uso de Sesiones de Diálogo Comunitario (Anexo 6.10)

I. CONCEPTOS CLAVE Y REVISIÓN DE EVIDENCIA

OBJETIVO Y ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Propósito

La meta de este documento es sistematizar la experiencia de cuatro proyectos financiados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) enfocados en apoyar la respuesta comunitaria a la emergencia sanitaria causada por la epidemia del virus Zika en Centroamérica en el año 2016. En este contexto, se identificaron buenas prácticas o elementos esenciales de participación comunitaria para la prevención y control de las arbovirosis en los cuatro países de Centroamérica y la República Dominicana donde se ejecutaron los proyectos de respuesta al Zika.

Organización del documento

Esta sistematización comienza con una introducción al contexto que da lugar a los proyectos –la epidemia de Zika en las Américas y su aparición en Centroamérica. El documento hace referencia a otros arbovirus también, como el virus del dengue y el de Chikungunya, los cuales son transmitidos por los mismos vectores (*Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*). El documento presenta un recuento de los esfuerzos históricos de los sistemas de salud en la región para responder a estos arbovirus y recapitula los hallazgos de investigaciones sobre la participación comunitaria y programas de control de vectores. La primera sección, “Conceptos Clave y Revisión de Evidencia,” termina con la descripción de los esfuerzos de los cuatro proyectos financiados por la USAID para enfrentar la epidemia de Zika. La segunda sección, “Buenas Prácticas de los Proyectos,” se enfoca en los elementos y las prácticas de participación comunitaria desarrolladas por los cuatro proyectos que se mostraron ser efectivas, además de la evidencia que las respalda.

Definición de conceptos

Hay varios conceptos clave que requieren definición. Estos conceptos son utilizados con múltiples significados que no son comúnmente conocidos.

Vigilancia integrada:

La vigilancia integrada es el primer pilar de la prevención y control de arbovirus con base en la comunidad. Según la experiencia de los proyectos de respuesta al Zika financiados por USAID, este pilar debería reunir los datos de vigilancia de vectores con los de la vigilancia de casos de arbovirus. La vigilancia integrada se define como “una recopilación sistemática continua, un registro, un análisis, interpretación y difusión de datos para apoyar a los esfuerzos de control a iniciar intervenciones adecuadas de salud pública para la prevención y el control, incluyendo el monitoreo y evaluación de las medidas de control implementadas.”⁴ El cruce de diferentes bases de datos relativos a la entomología y a la epidemiología permite tener una visión más robusta de la situación de los arbovirus, que sienta las bases para tener una respuesta rápida, eficiente y eficaz.



Ilustración 1: Revisión de Punto Clave en el Barrio Concepción de María, Managua, Nicaragua. Fuente: SSI/AMOS

⁴ Roiz, David, et al. “Integrated Aedes Management for the Control of Aedes-Borne Diseases.” PLOS Neglected Tropical Diseases, vol. 12, no. 12, 6 Dec. 2018, doi:10.1371/journal.pntd.0006845.

Control vectorial:

A diferencia del control químico del vector, los proyectos descritos aquí han utilizado técnicas de control físico del vector *Aedes aegypti*, esto es, sin el uso de químicos como insecticidas o larvicidas. En lugar del uso de la nebulización espacial con insecticidas o del Temephos como larvicida, se ha enfocado en el control físico, como por la eliminación de llantas y otros recipientes que pueden acumular agua, la acción de voltear recipientes que no estén en uso, la colocación de tapas en recipientes para almacenar agua de uso frecuente y, la limpieza de pilas, cisternas, canaletas, macetas de flores y bebederos de animales. Estas acciones contribuyen a eliminar los focos productores del vector, generalmente por reducir la cantidad de agua estancada a cielo abierto donde los mosquitos ponen sus huevos. De acuerdo con los comportamientos clave identificados con base en la evidencia científica, el enfoque del control físico ha sido en los criaderos artificiales en lugar de los criaderos naturales como charcos, pozas de agua, bromelias, monte o árboles.

Participación comunitaria:

Para los fines de este documento, se considera que la participación comunitaria consiste en acciones colectivas realizadas por individuos, familias y grupos comunitarios con el fin de ejercer control sobre los determinantes de su salud y la de su comunidad. Existen grados de participación, la cual puede ser pasiva o activa. En el contexto del presente documento, las acciones para la prevención y el control de los arbovirus incluyen la reducción o eliminación de criaderos de mosquitos, a través de la comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSC) para normalizar acciones colectivas a nivel comunitario como el control físico del vector, el uso del preservativo durante el embarazo y la asistencia a los controles prenatales. Cuando hay participación comunitaria, los individuos, las familias y los grupos comunitarios juegan un rol en salud y el bienestar común.



Ilustración 2: Agentes comunitarios de cambio social de Mejicanos realizan vigilancia entomológica por ovitrampas con, El Salvador. Fuente MCDI.

Movilización social:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la movilización social como “el proceso de reunir a todos los socios intersectoriales factibles y prácticos para aumentar la conciencia de las personas y sus exigencias para la prevención y el control del dengue, para ayudar en la entrega de recursos y servicios, y para fortalecer la participación comunitaria promoviendo la sostenibilidad y la autosuficiencia de ella misma. La movilización social amplía el concepto de ‘comunidad’ incorporando no solo a los hogares, los aldeanos o los asentamientos urbanos, sino a muchos otros aliados sociales, como los jefes de estado y otros líderes políticos, varios ministerios gubernamentales, autoridades de los distritos y gobiernos locales, líderes comunitarios y religiosos, empresas, ambientalistas, ONGs, clubes de servicio, periodistas, cineastas, artistas y cantantes, por nombrar los ejemplos más comunes.”⁵

⁵ Parks, Will, and Linda Lloyd. Planning Social Mobilization and Communication for Dengue Fever Prevention and Control: a Step-by-Step Guide. World Health Organization, 2005. Parks, W. J. et al, “International Experiences in Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control”, Dengue Bulletin, vol. 28, 2004 (Suppl).

Colaboración Multisectorial:

La colaboración multisectorial, también denominada colaboración “intersectorial”, se refiere a la organización de esfuerzos de prevención y control de arbovirus de manera conjunta con actores como gobiernos departamentales o municipales; cuerpos de bomberos, policía o ejército; ministerios de educación, saneamiento básico o recursos naturales, u otros actores fuera del sector salud. Este trabajo mancomunado puede darse a través de redes, mesas, comités o grupos de trabajo que se reúnen de manera regular. Otro concepto relacionado es la colaboración intrasectorial, en el cual actores de un área específica en salud, como la de enfermedades transmitidas por vectores, colaboran con actores de otras áreas para poder responder a todos los aspectos de prevención y control de un padecimiento, tales como actores en los campos de la planificación familiar y la salud reproductiva.

CONTEXTO

Zika y otros Arbovirus en Centroamérica

La identificación de casos de microcefalia asociados con el virus de Zika en 2015 y la rápida dispersión subsecuente del virus a través de América Latina condujo a la declaración de una emergencia sanitaria por parte de la Organización Panamericana de la Salud en febrero de 2016.⁶ El Zika se clasifica como un arbovirus, grupo de virus que se transmiten por mosquitos, garrapatas u otros artrópodos. Los tres arbovirus presentes en Centroamérica son virus de tipo ARN de las familias Flavivirus (dengue y Zika) o Alfavirus (Chikungunya).

El vector principal de estos tres padecimientos es el mosquito *Aedes aegypti* con un segundo vector de menor importancia, el mosquito *Aedes albopictus*. A nivel mundial, se estima que los arbovirus infectan a casi 400 millones de personas y generan daños económicos de alrededor de US \$9,000 millones.⁷



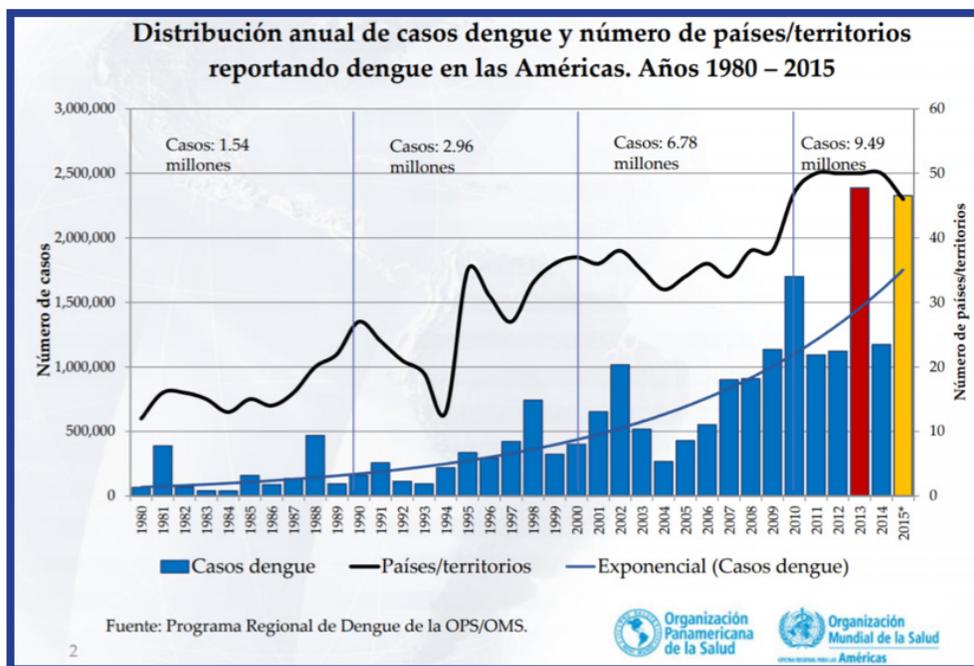
Ilustración 3: Picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Fuente: <https://www.scienceworld.ca/blog/what-most-deadly-animal-world>

⁶ Zhang, Qian, et al. “Spread of Zika Virus in the Americas.” Proceedings of the National Academy of Sciences, vol. 114, no. 22, 25 Apr. 2017, doi:10.1073/pnas.1620161114.

⁷ “Respuesta Mundial para el control de vectores 2017-2030, OMS, 2017

Dengue

A nivel mundial, el dengue es el arbovirus de mayor incidencia. La OMS estima que puede haber unos 390 millones de casos anualmente, de los cuales solamente unos 96 millones son reconocidos y reportados.⁸ La enfermedad genera unos 500,000 casos de dengue grave y 22,000 muertes en más de 100 países endémicos.⁹ La OMS indica que, en la región de las Américas, se reportaron 2.38 millones de casos en 2016. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó la siguiente gráfica en 2016 mostrando el crecimiento exponencial del dengue en los últimos 35 años:



El dengue en las Américas tiene un patrón endemo-epidémico con brotes cada 3 a 5 años.¹⁰

Chikungunya

El Chikungunya era desconocido en las Américas hasta diciembre 2013.¹¹ En 2014 hubo un brote que abarcó Sud y Centroamérica con más de un millón de casos. Estudios de brotes han determinado que en áreas donde circula el virus se infectan del 10% al 70% de las personas residentes en ellas. Este porcentaje de infectividad, añadido a una alta tasa de casos sintomáticos (con alrededor de 50% al 97% manifestando síntomas), resulta en brotes que sobrepasan la capacidad de muchos sistemas nacionales de salud.¹²

⁸ "Dengue and Severe Dengue." World Health Organization, World Health Organization, 15 Apr. 2019, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue.

⁹ Murray, N, et al. "Epidemiology of Dengue: Past, Present and Future Prospects." *Clinical Epidemiology*, 20 Aug. 2013, p. 299., doi:10.2147/celep.s34440.

¹⁰ Brathwaite-Dick, Olivia, et al. "The History of Dengue Outbreaks in the Americas." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 87, no. 4, 3 Oct. 2012, pp. 584–593., doi:10.4269/ajtmh.2012.11-0770.

¹¹ URL: <https://www.cdc.gov/dengue/epidemiology/index.html>

¹² Yactayo, Sergio, et al. "Epidemiology of Chikungunya in the Americas." *Journal of Infectious Diseases*, vol. 214, no. suppl 5, 5 Dec. 2016, doi:10.1093/infdis/jw390.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Zika

En marzo de 2015 Brasil tuvo un gran brote de enfermedad exantemática que rápidamente se identificó como consecuencia de la infección por el virus de Zika. En julio del mismo año se describió en ese país su asociación al síndrome de Guillain-Barré. En octubre de 2015, Brasil informó haber encontrado una asociación entre la infección por el virus del Zika y la microcefalia. Estudios recientes que utilizaron herramientas genómicas indicaron que el virus pasó sin detección de Brasil a Honduras en 2014 y de allí a los otros países de Centroamérica y México.¹³ Hasta la fecha, un total de 86 países y territorios han reportado evidencia de infección por Zika transmitida por mosquitos.¹⁴



Ilustración 4: Registro de información durante una visita domiciliar en El Salvador
Fuente: Marta Ortega, Proyecto CAZ, Save the Children

¹³ Collins, Francis. "Tracing Spread of Zika Virus in the Americas." National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 30 May 2018, [directorsblog.nih.gov/2018/05/29/tracing-spread-of-zika-virus-in-the-americas/](https://www.dirty.org/2018/05/29/tracing-spread-of-zika-virus-in-the-americas/).

¹⁴ "Zika Virus." World Health Organization, World Health Organization, 20 July 2018, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



Cruz Roja
Salvadora

Respuesta de los Sistemas de Salud a los Arbovirus

Como se indica en el gráfico anterior, en el último medio siglo el problema de dengue ha crecido enormemente, con una incidencia a nivel mundial treinta veces más grande que hace 50 años.¹⁵ La reaparición del dengue después de décadas de esfuerzos exitosos de erradicación fue facilitada por factores internos y externos a los programas de control de vectores. Factores externos que facilitaron la propagación del virus incluyeron el crecimiento de la población, la expansión urbana descontrolada con insuficiente infraestructura de agua y saneamiento y, el transporte moderno. Factores internos fueron la pérdida de importancia política del control vectorial en la mayoría de los países que habían logrado la erradicación, la disminución de la vigilancia de tal manera que no se pudieron detectar pequeñas reinfestaciones, la centralización de los programas, el desarrollo de la resistencia de los mosquitos al DDT, una participación comunitaria insuficiente y, la falta de voluntad por parte de algunos gobiernos de unirse a programas regionales simultáneos.^{16,17}

Aunque en el inicio del siglo XX, el enfoque fue en la eliminación del *Aedes aegypti*. Dentro de los planes e informes de la OPS durante los años ochenta y noventa, hubo un creciente reconocimiento de que la erradicación no fue posible. El Plan Continental de Ampliación e Intensificación del Combate al *Aedes aegypti* de 1998, por ejemplo, observa que, “el control y la erradicación, a veces considerados indistintamente, son dos estrategias con metodologías y metas diferentes”.¹⁸ En el contexto del fracaso de programas de erradicación basado en programas verticales y el dramático aumento de la enfermedad, en 1995, la Organización Mundial de la Salud desarrolló la Estrategia Mundial para la Prevención y Control del Dengue y del Dengue Hemorrágico que consistía de cinco componentes: control integrado selectivo del vector con la participación comunitaria e intersectorial, vigilancia activa basada en un sistema robusto de información de salud, preparación para emergencias, desarrollo de capacidades y capacitación, e investigación en control vectorial.¹⁹

Marco Conceptual

En el 2016, reconociendo que con la aparición de Zika y Chikungunya en la región el problema de las enfermedades transmitidas por el *Aedes aegypti* iba más allá del dengue, la OPS creó la Estrategia para la Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales.²⁰ La Asamblea General de 2017 de la OMS describe que la escasa adopción de la Gestión Integrada de Vectores fue “a causa de la falta de voluntad política para reorientar los programas en favor de un enfoque armonizado del control de vectores para varias enfermedades”.²¹ La Asamblea Mundial de la Salud adopta entonces la Respuesta Mundial Para el Control de Vectores, 2017-2030 que consiste de cuatro componentes:

1. Reforzar las acciones y la colaboración intersectorial e intrasectorial
2. Lograr la participación y movilización de las comunidades
3. Mejorar la vigilancia de los vectores y el monitoreo y la evaluación de las intervenciones
4. Ampliar e integrar herramientas y enfoques

Este documento modifica parcialmente los componentes mencionados arriba a fin de destacar los elementos más importantes para organizar una respuesta a las arbovirosis basada en la comunidad. En ese nivel de intervención, enfocamos el papel de la comunidad en diferentes abordajes de: 1) vigilancia integrada; 2) control vectorial; 3) movilización y participación de las comunidades; y, 4) colaboración intersectorial. A la vez que los pilares son complementarios y se refuerzan mutuamente, el eje transversal que cruza todos los pilares debería ser la participación de la comunidad.

Estos pilares adaptados específicamente al nivel comunitario constituyen el marco conceptual que se usó en este documento para presentar los esfuerzos de los proyectos y las buenas prácticas que emergen de la experiencia, así como la evidencia que las respalda.

¹⁵ “Global Strategy for Dengue Prevention and Control, 2012–2020.” World Health Organization, World Health Organization, 13 May 2015, www.who.int/denguecontrol/9789241504034/en/.

¹⁶ Gubler, Duane J. “Epidemic Dengue/Dengue Hemorrhagic Fever as a Public Health, Social and Economic Problem in the 21st Century.” *Trends in Microbiology*, vol. 10, no. 2, 2 Feb. 2002, pp. 100–103. doi:10.1016/s0966-842x(01)02288-0.

¹⁷ Op. cit. Brathwaite, 2012

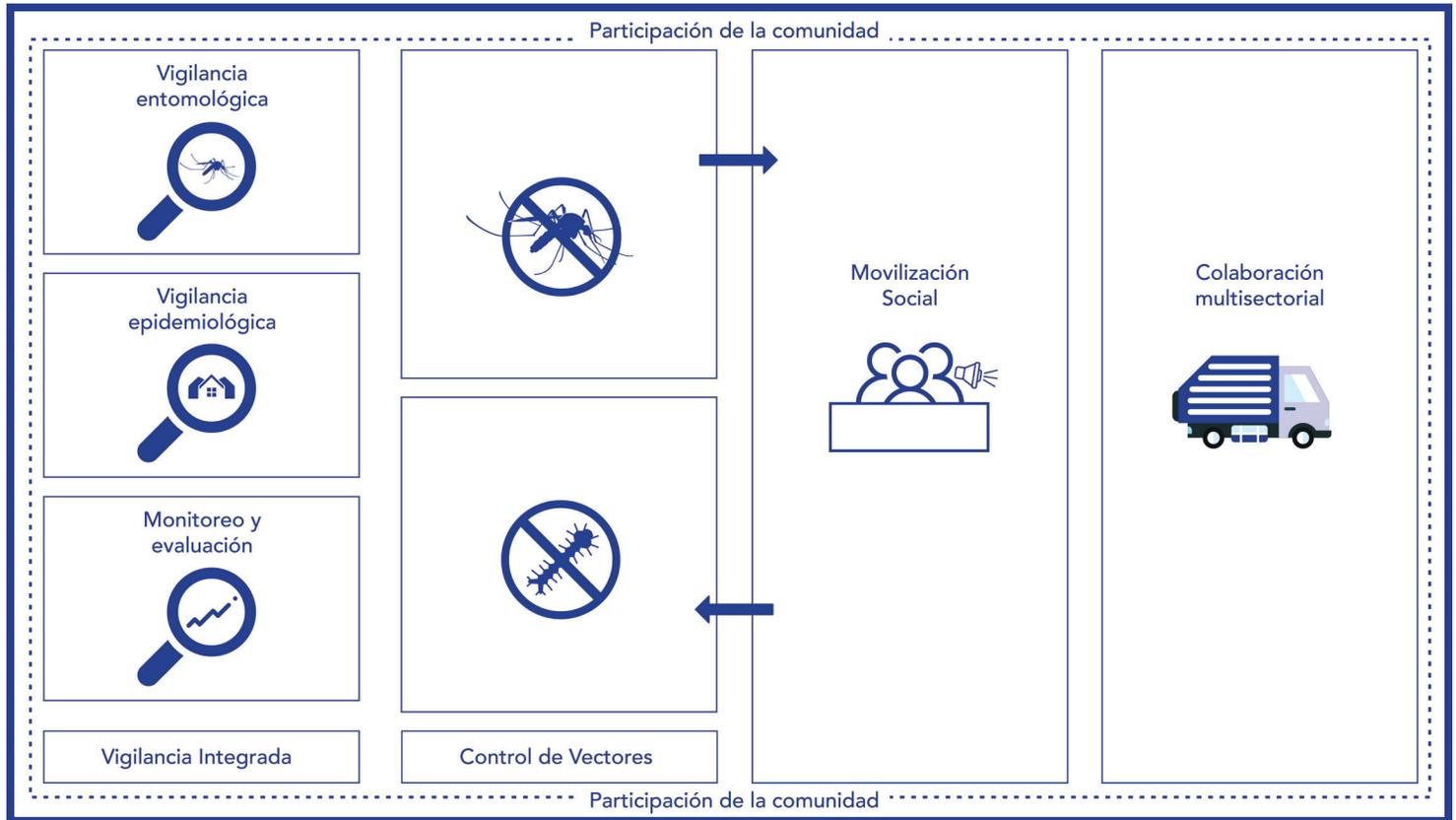
¹⁸ “Plan Continental De Ampliación e Intensificación Del Combate a *Aedes aegypti*.” *Revista Panamericana De Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, ¹⁵Organización Panamericana De La Salud, 1998, www.sciamagojr.com/journalsearch.php?q=22604&tip=sid.

¹⁹ “Strengthening Implementation of the Global Strategy for Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control, Report of the Informal Consultation, 18–20 October, 1998, WHO HQ, Geneva.” World Health Organization, World Health Organization, Oct. 1999, URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66186/WHO_CDS_\(DEN\)_IC_2000.1.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66186/WHO_CDS_(DEN)_IC_2000.1.pdf?sequence=1)

²⁰ “Estrategia De La Prevención y Control De Las Enfermedades Arbovirales.” Repositorio Institucional De La OPS - Política General, Organización

²¹ “Respuesta Mundial Para el Control de Vectores 2017-2030, Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión,” Organización Mundial de la Salud, 2017

Marco Conceptual para el Manejo Integrado de Aedes





USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Participación Comunitaria en el Control Vectorial

Se pudo identificar cuatro estudios que han analizado las múltiples experiencias de participación comunitaria en el control de los arbovirus, especialmente dengue. En 1995, Gubler y Clark analizaron las experiencias de 21 países y encontraron dos que tuvieron evaluaciones, mostrando éxito en la reducción de transmisión de dengue a lo largo de varios años. Su conclusión fue que lo fundamental para el éxito de los programas comunitarios era que la población dejara de ver la existencia de pupa o larva en sus hogares como un comportamiento aceptable. Hace referencia a los cambios de actitud en los EE.UU hacia el fumar o el uso de cinturones de seguridad. Observan que, “[La participación comunitaria] requiere educación y refuerzo continuo; es por naturaleza, un proceso muy lento que probablemente tomará muchos años antes de que los miembros de la comunidad acepten la responsabilidad de una tarea que ahora perciben que pertenece al gobierno.”²²

En 2004, en el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (*Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases - TDR*) de la OMS, UNICEF, UNDP y el Banco Mundial comisionaron una revisión sobre la participación comunitaria en el control de enfermedades tropicales en ambientes de bajos recursos.²³ Un aspecto señalado por estos autores eran los diferentes conceptos que existen sobre la participación comunitaria, desde ver a la comunidad como un simple ejecutor de la voluntad de las agencias de gobierno (de arriba hacia abajo), hasta ver a la comunidad como agente protagonista principal (de abajo hacia arriba). También observaron que cuando un agente externo de la comunidad entra con un proyecto o financiamiento, no puede salir sin afectar a la comunidad de la cual ya forma parte. Concluyeron que, “La participación comunitaria sigue siendo un principio rector en el control de enfermedades tropicales, pero su éxito futuro depende de la colaboración sostenida y continua entre las agencias externas, los gobiernos y las comunidades.”

En el 2006, Heintze, Velazco Garrido y Kroeger hicieron una revisión sistemática de evaluaciones publicadas sobre programas de control de vectores basados en la comunidad. Solamente encontraron en aquellos, 11 estudios que tuvieron algún grado de rigor por ser estudios controlados aleatorios, estudios pre y post controlados o estudios de series de tiempo interrumpido. Observaron que “Nuestros hallazgos sugieren que, aunque las estrategias de control basadas en la comunidad, además de, o junto con herramientas de control de vectores químicos son capaces de reducir índices clásicos de larvas de *Aedes*, se desconoce si esto reduce la transmisión del dengue.”²⁴

En febrero de 2018, Olliaro et al, financiados por el TDR, hicieron un resumen de la evidencia disponible referente a intervenciones para controlar la transmisión del dengue y responder a los brotes. Entre sus conclusiones indicaron que hay “evidencia sólida de que las campañas basadas en la comunidad pueden impactar la abundancia de vectores, con evidencia emergente de impacto en la transmisión”.²⁵

²² Gubler, Duane J., and Gary G. Clark. “Community Involvement in the Control of *Aedes aegypti*.” *Acta Tropica*, vol. 61, no. 2, Apr. 1996, pp. 169–179., doi:10.1016/0001-706x(95)00103-1.

²³ Espino, Fe, et al. *Community Participation and Tropical Disease Control in Resource-Poor Settings*. UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 2004.

²⁴ Heintze, C., et al. “What Do Community-Based Dengue Control Programmes Achieve? A Systematic Review of Published Evaluations.” *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 101, no. 4, Apr. 2007, pp. 317–325., doi:10.1016/j.trstmh.2006.08.007.

²⁵ Olliaro, Piero, et al. “Improved Tools and Strategies for the Prevention and Control of Arboviral Diseases: A Research-to-Policy Forum.” *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 12, no. 2, 1 Feb. 2018, doi:10.1371/journal.pntd.0005967.

Los cuatro proyectos de enfoque de este resumen

Con el fin de apoyar los países de Centroamérica en responder a la emergencia de la epidemia de Zika, la USAID financió, entre otras acciones, los cuatro proyectos objeto de esta sistematización. Estos proyectos trabajan en los componentes de cambio social y de comportamiento y control vectorial a nivel comunitario.²⁶ A continuación se encuentra una breve descripción de los proyectos y, en el Anexo 1 hay un recuadro que resume varios aspectos de ellos. Cada proyecto duró un promedio de tres años.

Acción Comunitaria contra el Zika (CAZ)

La ejecución de CAZ está a cargo de la ONG Save the Children y la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. La meta del proyecto CAZ es reducir la transmisión del Zika y minimizar el riesgo del Síndrome Congénito de Zika (SCZ), incluyendo la microcefalia y otros trastornos neurológicos en las poblaciones más vulnerables a través de estrategias de prevención basadas en la comunidad en 148 municipios de Colombia, República Dominicana, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Cuenta con cuatro objetivos: (1) Fortalecer la capacidad de las comunidades e individuos para prevenir el Zika a través del empoderamiento de la comunidad y la movilización relacionada con el control de vectores; (2) Mejorar las capacidades de las poblaciones vulnerables a través de elementos clave de cambio de comportamiento; (3) Aumentar la capacidad de las comunidades para participar activamente en las medidas de vigilancia comunitaria y (4) Brindar apoyo a los niños y niñas con discapacidades y a sus familias.



Ilustración 5: Charla informativa durante una visita domiciliar en la República Dominicana
Fuente: Marta Ortega, Proyecto CAZ, Save the Children

²⁶ URL: <https://www.usaid.gov/global-health/zika>, accesado el 11 julio del 2019.

El Uso Innovador del Modelo de Grupos de Cuido (Care Group Model) y Salud Móvil (mHealth) para Reducir la Transmisión del Virus del Zika

Este proyecto (denominado SSI/AMOS en este informe) está a cargo de la ONG Sustainable Sciences Institute (SSI por sus siglas en inglés) y la ONG AMOS Health and Hope. El proyecto trabaja en dos distritos de Managua y tiene tres objetivos: (1) Control del vector *Aedes aegypti* mediante la estrategia de capacitación en cascada de Grupos de Cuido para la movilización comunitaria de líderes comunitarios y brigadistas (voluntarios de la comunidad) a través de reuniones de grupo y visitas domiciliarias sistemáticas, para promover y eliminar los sitios de reproducción del mosquito; (2) Comunicación para el cambio social y de comportamiento a través de mensajes clave y apoyo para el cambio de comportamiento para prevenir con condones la transmisión sexual del Zika y la eliminación efectiva de los criaderos de mosquitos; como también la (3) Vigilancia basada en la comunidad: utilización de datos locales de larvas y pupas de *Aedes aegypti* para el monitoreo y la evaluación participativa en facilitar el diálogo y la acción comunitaria para la eliminación de los criaderos de mosquitos.



Ilustración 6: Diálogo con evidencia en Nicaragua. Fuente: SSI/AMOS

Nuestra Salud

“Nuestra Salud” es implementado por la ONG Global Communities en asocio con la Liga de la Lactancia Materna en 360 comunidades de cinco municipios en Honduras endémicos por Zika y otras arbovirosis, como una iniciativa de enfoque intersectorial con los objetivos de: 1) Fortalecer la capacidad de respuesta de la comunidad organizada e integrada al Servicio Local de Salud, 2) Mejorar y expandir actividades de prevención y control de riesgos existentes, y 3) Contribuir con la definición de una estructura que facilite la sostenibilidad de buenas prácticas. Cuenta con tres componentes: (1) Comunicación de riesgos para promover cambios directos en la actitud y el comportamiento a la población meta; (2) Educación sobre el control de riesgos de Zika, como de medidas de prevención para niños y adolescentes en centros de educación básica; y (3) Promoción de medidas individuales (en hogares) y colectivas (en la comunidad) para el control físico de mosquitos *Aedes aegypti* en las comunidades de intervención.



Ilustración 7: Información y Comunicación Riesgos por Arbovirosis Sesión de Diálogo Comunitario CIS La Lima, Cortés, Honduras.
Fuente: Global Communities

Respuesta Comunitaria al Zika (ZICORE)

ZICORE es ejecutado por Medical Care Development International en asociación con las sociedades nacionales de la Cruz Roja en 10 municipios y 46 localidades de 4 departamentos en Guatemala y 4 municipios y 9 localidades en 3 departamentos en El Salvador. Este proyecto gira en torno a tres componentes: (1) Mejorar la vigilancia entomológica del vector *Aedes aegypti* mediante el monitoreo de ovitrampas y encuestas de demografía pupal con participación comunitaria por medio de un instrumento digital; (2) Promover el cambio social y de comportamiento a través de visitas domiciliarias y a espacios públicos para involucrar y empoderar a las comunidades en cuanto a la percepción del riesgo y el autocuidado; y (3) Mejorar la identificación y referencia de casos sospechosos de las arbovirosis y sus consecuencias por miembros de la comunidad. Además, ZICORE propone reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica de ambos países a través de la búsqueda activa de casos sospechosos durante las visitas domiciliarias de voluntarios de la Cruz Roja y voluntarios comunitarios para realizar una referencia y contra referencia de casos sospechosos que sea simple, flexible y oportuna.



Ilustración 8: Colección digital de datos para la encuesta de demografía pupal en Guatemala. Fuente: MCDI

II. BUENAS PRÁCTICAS DE LOS PROYECTOS

Los proyectos han tenido varias oportunidades para intercambiar experiencias e identificar buenas prácticas. Para elaborar el presente documento, se ha llevado a cabo dos sesiones presenciales y dos sesiones virtuales entre los cuatro socios ejecutores de USAID que implementaron proyectos a nivel comunitario en Centroamérica. Además, todos los socios de USAID en la respuesta a Zika en las Américas han participado en dos talleres regionales dirigidos a extraer buenas prácticas y lecciones aprendidas de los diversos proyectos: uno en abril 2019 sobre prácticas de respuesta a emergencias y otro en julio 2019 sobre la movilización comunitaria. Un listado de las prácticas y lecciones aprendidas de las dos sesiones se encuentra en el Anexo 2.

Dentro del marco conceptual presentado más arriba en el presente documento, esta sistematización se enfoca en prácticas efectivas identificadas principalmente por los cuatro proyectos en torno a los cuatro pilares descritos anteriormente – Vigilancia Integrada, Control de Vectores, Movilización Social, y Colaboración Multisectorial. Sin embargo, por la naturaleza de estos proyectos basados en la acción comunitaria, se vio conveniente de combinar dos de los pilares (Control Vectorial y Movilización Social) dado que el control de vectores efectuado por la comunidad es el resultado de la movilización social y es muy difícil desentrañar uno del otro. En las tres secciones resultantes, se presentan las buenas prácticas derivadas de la experiencia. Las diez buenas prácticas tienen fichas anexadas que las describen en mayor detalle. Las prácticas están separadas en secciones para propósitos de presentación, pero todas las prácticas presentadas forman parte de un solo abordaje y se refuerzan mutuamente.



Ilustración 9: Capacitando voluntarios comunitarios con la práctica de usar teléfonos para la vigilancia entomológica, Guatemala. Fuente: MCDI



PILAR 1: Prácticas de Vigilancia Integrada

La vigilancia integrada es el primer pilar. Por la vigilancia integradas se entiende “una recopilación sistemática continua, el registro, el análisis, interpretación y difusión de datos para ayudar esfuerzos de control para iniciar intervenciones adecuadas de salud pública para la prevención y el control, incluido el monitoreo y evaluación (M&E) de las medidas de control implementados.”²⁷ Se compone de tres elementos: 1) vigilancia entomológica, 2) vigilancia epidemiológica y 3) M&E. La vigilancia entomológica es el componente del primer pilar que ha sido una actividad central de tres de los cuatro proyectos. En este pilar se ha identificado tres buenas prácticas:

- Encuesta de Demografía Pupal
- Uso de ovitrampas con sistema geo referencial para enfocar esfuerzos
- Fortalecimiento de la red comunitaria para promover la vigilancia entomológica comunitaria en sus comunidades, incluyendo la participación de miembros de las familias

1. Buena Práctica: Encuesta de Demografía Pupal (EDP) (Anexo 6.1)

La Encuesta de Demografía Pupal (EDP) se ha utilizado en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. La EDP es una encuesta que permite identificar con pocas casas dentro de una zona definida los principales recipientes productores de pupas y enfocar las actividades de eliminación de criaderos en estos recipientes, aumentando la eficiencia del programa. Múltiples estudios han mostrado que los índices tradicionales de *Stegomyia* no están bien correlacionados con la densidad de adultos, mucho menos con índices de infección con los arbovirus.²⁸ Los índices de recipientes y de Breteau²⁹ consideran todos los recipientes iguales. Se ha encontrado que es común que uno o dos tipos de recipientes producen la mayoría de las pupas. El número de pupas se correlaciona bien con el número de adultos.

El uso de las encuestas de productividad de las pupas y el control selectivo de los sitios de reproducción más productivos ha sido promovido por OMS y el Programa Espacial para la Capacitación e Investigación de Enfermedades Tropicales durante la última década. La estrategia se basa en los estudios multi céntricos de las técnicas de encuesta pupal y en la rentabilidad de las intervenciones dirigidas.³⁰

Diez años de revisión de los métodos e indicadores de la encuesta entomológica con el vector de dengue³¹, permitieron emitir recomendaciones para incorporar las encuestas de productividad pupal junto con los estudios larvarios tradicionales, para determinar los tipos de recipientes de agua más productivos, con el fin de diseñar intervenciones de control de vectores más específicos y rentables. La metodología fue validada en un estudio de nueve países en Asia, África y América Latina³², en la cual los autores manifestaron:

Los resultados de estos estudios son alentadores: sugieren que el control de la transmisión puede ser posible con el tratamiento o la eliminación de sólo una pequeña porción de la gran cantidad de clases de recipientes de agua que se encuentran en el medio ambiente. Cada estudio identificó los tipos importantes de recipientes a controlar, y también aquellos que podrían ser ignorados sin peligro. Comúnmente, los tipos de recipientes más productivos eran los más grandes y los que eran estables, a lo largo del tiempo, una característica que puede hacerlos más susceptibles de controlar con agentes de control biológico o químicos. Dado que todos los programas de control tienen recursos limitados, esta nueva y cuantitativa comprensión de productividad puede llevar a intervenciones específicas que pueden ser sostenibles, porque el control que se basa en una estrategia específica requiere considerablemente menos mano de obra.

²⁷ Roiz, David, et al. "Integrated Aedes Management for the Control of Aedes-Borne Diseases." PLOS Neglected Tropical Diseases, vol. 12, no. 12, 6 Dec. 2018, doi:10.1371/journal.pntd.0006845.

²⁸ Op. cit. Focks, 2003

²⁹ ICP=# casas positivas/100 casas inspeccionadas. IRP=# de recipientes positivos/100 recipientes inspeccionados. IB=# de recipientes positivos/100 casas inspeccionadas.

³⁰ Op cit, Focks, D. and Alexander, N. 2006.

³¹ Op.cit, Focks, 2003.

³² Op cit, Focks, D. and Alexander, N., 2006.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemalteca



Cruz Roja
Salvadorense

La importancia de la EDP también puede verse en los resultados de un estudio hecho en Brasil.³³ En la encuesta de productividad pupal se inspeccionaron 2,024 casas y 2,969 recipientes que contenían agua. Los pequeños recipientes de agua desechados, con mayor frecuencia contenían *Aedes aegypti* inmaduros. Los recipientes más productivos, sin embargo, fueron los tanques de agua elevados, las canaletas y los techos que contenían agua. Combinados, estos tres recipientes representaron <40% de todos los recipientes positivos, pero produjeron >70% de todas las pupas.

2. Buena Práctica: Uso de ovitrampas con sistema geo referencial para enfocar esfuerzos (Anexo 6.2)

En El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, han probado el uso de ovitrampas para la vigilancia entomológica. Estas ovitrampas son instaladas en casas centinelas, ubicadas con la ayuda de un sistema informático geo referencial para poder contar con datos precisos sobre el nivel de riesgo en una determinada zona geográfica.

Las ovitrampas son recipientes del tamaño de una botella de un litro cortada a la mitad, generalmente de plástico de color oscuro, que contienen agua y su contorno interior y, el borde de agua es recubierto con una papeleta de pellón o malla tricot donde los mosquitos hembra ponen sus huevos. (Las hembras *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* grávidas pongan sus huevos en recipientes artificiales.) Una vigilancia adecuada con ovitrampas requiere revisiones regulares (semanales), representando los tipos de criaderos naturales, presentes en la comunidad. La visita semanal toma en cuenta que este es el período del ciclo de vida del mosquito y previene que los ovitrampas se conviertan en criaderos.

De acuerdo con la revisión de literatura hecha por Focks para OMS en el 2003, el uso de las ovitrampas es el abordaje que otorga mayores beneficios costo-efectivos para la identificación de la presencia o ausencia del vector en un área geográfica. Sin embargo, de acuerdo con su revisión, este abordaje puede ser menos confiable en estimar las diferencias en la abundancia del vector entre barrios o colonias. Un estudio de Brasil las encontró más sensibles que el índice de casa positiva para identificar la presencia de *Aedes* y demostró que "aunque no miden directamente la población adulta, [las ovitrampas] capturan muy bien su variación. En realidad, de todas las trampas, las ovitrampas son las que cuentan con mejor sensibilidad (nunca se presentaron índices nulos), la asociación más fuerte con el clima, y consistentemente ha seguido los patrones del mosquito adulto detectados en las trampas para adultos. Estos resultados confirman la utilidad de las ovitrampas para la vigilancia de *Aedes aegypti*, incluso si no produjeran índices directos de abundancia de mosquitos adultos".³⁴ Los autores también hacen referencia al costo-efectividad de este abordaje comparado a la elaboración de índices tradicionales.

Los Ministerios de Salud de Perú³⁵ y de México consideran el uso de ovitrampas como parte de sus normas nacionales.³⁶ Actualmente México ha desplegado unas 230,000 ovitrampas en 366 municipalidades³⁷ y Honduras ha utilizado las ovitrampas para la vigilancia en Tegucigalpa y San Pedro Sula desde el 2015.³⁸

³³ Pilger D, et al. "Is routine dengue vector surveillance in central Brazil able to accurately monitor the *Aedes aegypti* population? Results from a pupal productivity survey." *Trop Med Int Health*, vol. 16, no. 9: 1143-50, Sep. 2011, doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02818.x

³⁴ Codeco, C. et al, Surveillance of *Aedes aegypti*: Comparison of House Index with Four Alternative Traps; *PLOS Neglected Tropical Disease*; 10 feb 2015; <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003475>

³⁵ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; Protocolo Sanitario de la Urgencia para el Reforzamiento de la Vigilancia Entomológica del Vector *Aedes aegypti* Mediante el Uso de las Ovitrapas para Establecimientos de Salud; Ministerio de Salud; Lima, Perú; 2016

³⁶ Dirección del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores; Guía Metodológica para la Vigilancia Entomológica con Ovitrapas; Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud; Ciudad de México, D.F.; sin fecha.

³⁷ Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; Simposio Binacional Exploración de los Aspectos Ambientales y de Salud del Zika, el Dengue, y el Chikungunya; Presentación de PowerPoint; sin fecha <https://www.epa.gov/sites/production/files/2016-11/documents/b1a.pdf>.

³⁸ Gómez, J. R.; comunicación personal

3. Buena Práctica: Fortalecimiento de la red comunitaria para promover la vigilancia entomológica comunitaria (Anexo 6.3)

En Nicaragua, se promovió la creación de Brigadas de Salud de la Red Comunitaria (son grupos de personas voluntarias locales) que desarrollaron un proceso de vigilancia entomológica en sus comunidades, basado en la colecta periódica (semanal, quincenal, mensual) de las formas inmaduras de mosquitos en su fase acuática a través de revisiones entomológicas en las casas con la producción de su propia información de riesgo entomológico, construyendo la misma comunidad los índices de infestación de larvas y/o pupas de *Aedes aegypti* (como el índice de vivienda). Los Brigadistas de Salud de la Red Comunitaria clasificaron las viviendas con mayor riesgo entomológico, aquellas que se encontraban positivas a pupas. Así la comunidad asume un rol protagónico en la producción de evidencia local, la evaluación de riesgo entomológico y la acción preventiva.



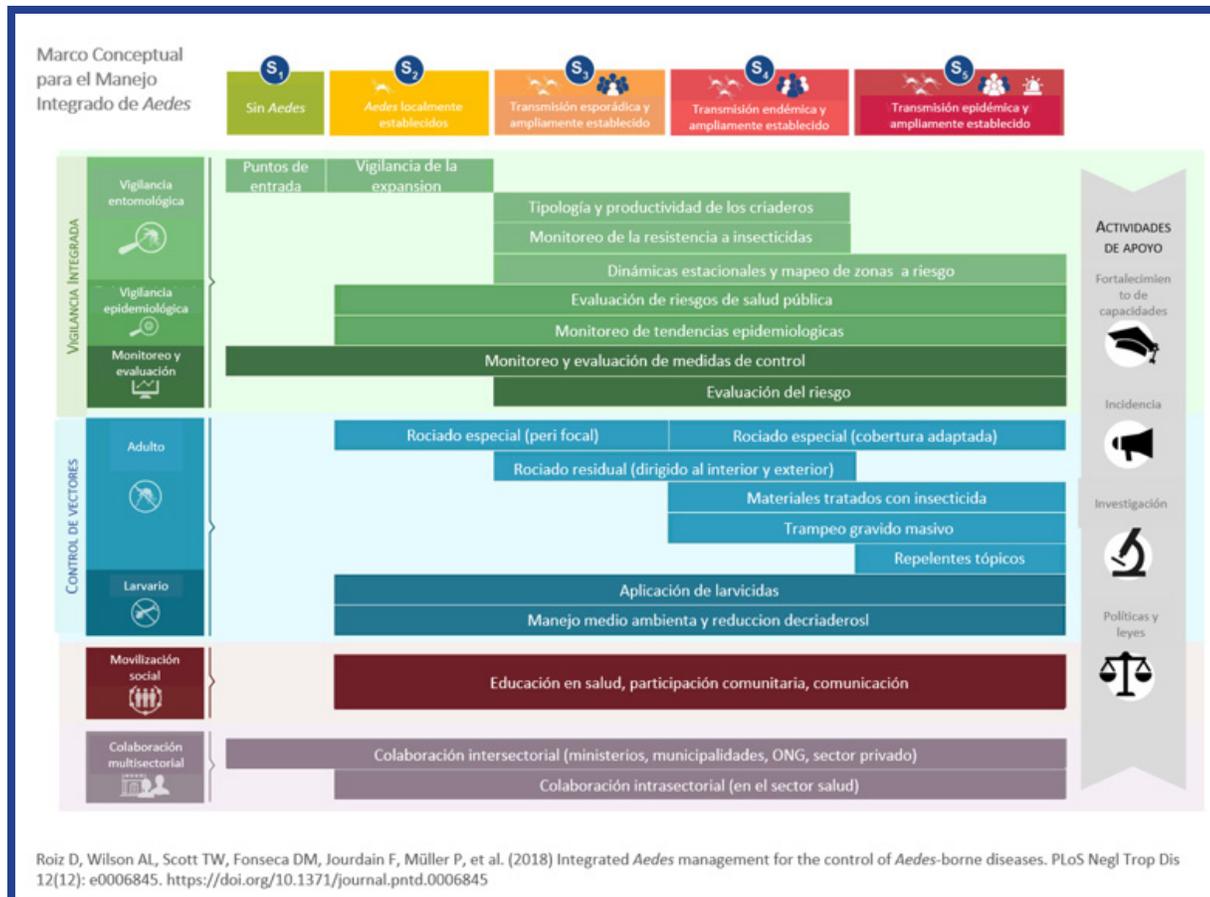
Ilustración 10: Capacitación de Plan de Lección a Brigadistas de Salud de la Red Comunitaria, Nicaragua. Fuente: SSI/AMOS

Se han documentado varias experiencias que han atribuido el éxito de sus intervenciones a la movilización comunitaria (véase Anexo 5 para un resumen de cuatro de estas y la ficha correspondiente para una lista más amplia) en donde las comunidades han implementado métodos que van desde el control biológico del vector utilizando peces y copépodos, hasta la implementación de estrategias de comunicación social y de promoción de la salud que fomentan medidas de control físico de los focos productores del vector. Todas estas intervenciones comunitarias, aunque han sido en pequeña escala, han logrado reducir los índices de infestación entomológica y sugieren que es posible implementar estos nuevos paradigmas para la prevención y el control del dengue.

La estrategia usada en Nicaragua plantea un enfoque complementario de vigilancia entomológica y de control del vector *Aedes aegypti*, en donde la comunidad asume un rol protagónico en la producción de evidencia local, la evaluación de riesgo entomológico y la acción preventiva.

PILARES 2 y 3: Prácticas de Control Vectorial y Prácticas de Movilización Social

Estos dos pilares se combinan porque al nivel comunitario el único componente del marco conceptual de la OMS bajo el pilar de control vectorial que se basa en la comunidad es “manejo del medioambiente y reducción de criaderos” y el medio por el cual se logra este es la movilización social con sus componentes de “educación en salud, participación comunitaria y comunicación”.



Por lo tanto, es casi imposible describir uno sin hacer referencia al otro. Por movilización social la OMS explica “La participación y la movilización de la comunidad exige trabajar con los habitantes locales para mejorar el control de vectores y desarrollar la resiliencia contra futuros brotes epidémicos de la enfermedad. Cuando se adoptan enfoques comunitarios participativos adecuados, las comunidades tienen el apoyo necesario para responsabilizarse del control de vectores y ejecutarlo. Los enfoques participativos comunitarios pretenden que los comportamientos saludables formen parte del tejido social y que las comunidades hagan suyo el control de vectores tanto a nivel intradomiciliario como a nivel peridomiciliario.”³⁹ Además, la movilización social para el control de vectores, se ha utilizado para cambios de comportamientos personales de prevención de Zika en particular y las arbovirosis en general. En este sentido se ha identificado cuatro buenas prácticas:

- Visitas sistemáticas y repetidas a los hogares para revisar posibles criaderos y comunicar sobre los riesgos
- Educación sobre la prevención de las arbovirosis en centros educativos
- Materiales de comunicación elaborados en base a actividades de investigación acción participativa
- Movilización social en las campañas comunitarias de eliminación de criaderos

³⁹ “Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030, (Versión 5.4) , Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión”, Organización Mundial de la Salud, 2017.

4. Buena Practica: Visitas sistemáticas y repetidas a los hogares para revisar posibles criaderos y comunicar sobre los riesgos. (Anexo 6.4)

Hay un conjunto creciente de evidencia mostrando la importancia y la efectividad de la participación comunitaria para reducir los índices de infestación de *Aedes* y aun la incidencia de las arbovirosis. Se hizo referencia con anterioridad a estos estudios y revisiones de la literatura y algunos están resumidos en el Anexo 5. La visita domiciliaria ha sido un elemento común de varios de ellos.

Sobre la comunicación interpersonal, Santarossa et al han declarado:

Se sugiere que el uso de un enfoque cara a cara es el “estándar de oro” en las intervenciones de cambio de comportamiento. Las interacciones cara a cara tienen un mayor impacto o “ancho de banda” (es decir, el número de señales de comunicación que un medio puede transmitir), y esto puede conducir a una mayor capacidad para completar tareas, mejores relaciones interpersonales y una mayor presencia social. Se podría suponer que la combinación de las claves verbales, no verbales y contextuales de la comunicación cara a cara proporciona la fuente más rica de información y tal vez sea la que más positivamente influye en el cambio de comportamiento. Además, en las intervenciones presenciales, el apoyo humano creado por el componente presencial ofrece el núcleo de la intervención a la vez que coordina una relación con el participante de manera que se promueva eficazmente el uso de la conexión interpersonal para continuar en la intervención.⁴⁰

La práctica describe la organización inicial, la capacitación y el ciclo de visita domiciliaria. También contempla elementos como los objetivos de CCSC de la visita domiciliaria y define una lista limitada de comportamientos clave a promover que tienen respaldo científico; un proceso de planificación incluyendo la selección de casas a visitar con base en el nivel de riesgo; identificación, capacitación y acompañamiento de voluntarios comunitarios; desarrollo y repartición de materiales de apoyo para ayudar a quienes realizan la visita; la conducción de la visita en sí; y, registro y análisis de los resultados.



Ilustración 11: Mujer embarazada recibe información sobre la prevención de Zika en su hogar en El Palmar, Guatemala.
Fuente: MCDI

⁴⁰Santarossa, Sara, et al. “Exploring the Role of In-Person Components for Online Health Behavior Change Interventions: Can a Digital Person-to-Person Component Suffice?” *Journal of Medical Internet Research*, JMIR Publications, 11 Apr. 2018, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5917076/.

5. Buena Práctica: Educación sobre la prevención de las arbovirosis en centros educativos (Anexo 6.5)

Además de las visitas domiciliarias, muchas de las intervenciones eficaces de participación comunitaria también involucran a centros educativos.^{41,42}

Durante los dos primeros años, los proyectos desarrollaron actividades en casi 700 centros educativos donde impactaron a más de 90,000 alumnos. Las actividades en las escuelas se pueden clasificar en tres categorías, dirigidas a: 1) educar a docentes, 2) educar a los/las alumnos/as y padres de familia y, 3) reducir criaderos en los predios escolares. En todos los países, los proyectos fueron coordinados con las autoridades educativas antes de entrar en las escuelas. En el caso de Honduras, ya existía una plataforma educativa digital de la Secretaría de Educación para los maestros sobre el Zika, pero tuvo poca utilización. El proyecto local aprovechó de esta plataforma e hizo una capacitación presencial en vez de digital, pero con los mismos materiales y contenidos encontrados en la plataforma digital. En otras capacitaciones para maestros, se desarrollaron materiales para introducir o incorporar temas sobre el Zika en las clases y materiales educativos para los estudiantes. En El Salvador, la República Dominicana y en Guatemala, se aprovecharon los comités estudiantiles que ya existían, como el Comité de Medioambiente, para capacitarlos y darles materiales. En Guatemala, Honduras y Nicaragua se enfocaron más en la capacitación de maestros y su trabajo con alumnos y padres de familia; y en la República Dominicana, se contó con docentes facilitadores para reforzar el conocimiento de los maestros.

Las actividades para los/las alumnos/as incluyeron juegos de memoria, competencias de dibujos, murales, debates, dramas y deportes alusivos a los temas de control de mosquitos y prevención de Zika. Los proyectos desarrollaron materiales propios y trabajaron con estudiantes líderes y/o comités escolares de salud que se encargaron de la capacitación.

Además de eliminar recipientes/chatarra apta para convertirse en criaderos en las escuelas, los alumnos ayudaron con las actividades de limpieza en espacios colectivos o públicos como parques y lotes baldíos.



Ilustración 12: Actividad de formación con niños y niñas en escuela, Honduras. Fuente: Marta Ortega, Proyecto CAZ, Save the Children⁴¹

⁴¹ "Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030, (Versión 5.4) , Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión", Organización Mundial de la Salud, 2017.

⁴² Arunachalam, Natarajan, et al. "Community-Based Control of *Aedes aegypti* by Adoption of Eco-Health Methods in Chennai City, India." *Pathogens and Global Health*, vol. 106, no. 8, Dec. 2012, pp. 488-496., doi:10.1179/2047773212y.0000000056.

6. Materiales de comunicación elaborados en base a actividades de investigación acción participativa (Anexo 6.6)

Parks et al observan en la introducción del Boletín del Dengue de 2004 que “los estudios incluidos en este Suplemento Especial proporcionan una mezcla interesante e inspiradora de experiencias y lecciones aprendidas. Casi todos discuten el valor de la investigación y la teoría de las ciencias sociales en la orientación a diseños iniciales y la facilitación de los procesos de seguimiento y evaluación posteriores de actividades de movilización y comunicación. La utilidad de la investigación en ciencias sociales en la prevención y el control del dengue ya está bien documentada en la literatura internacional” y proceden a citar 17 estudios.⁴³ Esta práctica tiene múltiples beneficios que permiten desarrollar materiales de comunicación que rescatan e incluyen el conocimiento local de las personas que habitan en las comunidades. Esto permite complementar el conocimiento científico con el conocimiento local para adaptar los mensajes clave que ayuden a controlar el vector, abordando los principales obstáculos que las personas pueden enfrentar al momento de querer adoptar un cambio de comportamiento.

En Nicaragua, se utilizaron los resultados de la investigación formativa para complementar las siete conductas identificadas por una mesa técnica compuesta por oficiales de USAID en coordinación con países y socios ejecutores. En Nicaragua, los integraron en dos rotafolios con 9 lecciones para capacitar a los Voluntarios a celebrar reuniones de aprendizaje con vecinos. Dos rotafolios con siete lecciones más están en desarrollo. Los voluntarios reúnen por el lapso de dos horas dos veces al mes con las 10-15 familias que forman parte de su grupo de cuidado.

Entre los resultados de las investigaciones participativas efectuadas que han sido incorporados en los materiales de comunicación es que las personas que hablan con sus familiares sobre la búsqueda y eliminación de criaderos son tres veces más propensas a hacer la búsqueda y eliminación ellas mismas y dos veces más propensas si conversan sobre lo mismo con vecinos. También han encontrado que las personas que creen que el abate es lo más importante para eliminar el vector son 2.5 veces menos propensas a hacer la búsqueda y eliminación en sus propias casas.



Ilustración 13: Compartiendo información sobre el ciclo de vida del zancudo, usando un rotafolio en una visita domiciliar, Nicaragua.
Fuente: SSI/AMOS

⁴³ Parks, W.J. et al; International Experiences in Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control; Dengue Bulletin, vol 28 (Suplemento); 2004

7. Buena práctica: Movilización social en las campañas comunitarias de eliminación de criaderos (Anexo 6.7)

En todos los países y todos los proyectos, además de las visitas a las casas, el trabajo en los centros educativos y las reuniones con la comunidad, los socios ejecutores de USAID también trabajaron con las autoridades comunitarias y municipales para realizar campañas de eliminación de criaderos. Los mismos estudios citados en la evidencia para la efectividad de la educación a nivel del domicilio han tenido también un componente de limpieza comunitaria (Anexo 5).

Las campañas de limpieza o de “deschattarrización” tienen como meta movilizar a la comunidad para la eliminación de potenciales criaderos de zancudos de lotes baldíos y espacios colectivos y, para recoger y eliminar chatarra tanto de los hogares como de espacios públicos, especialmente las llantas viejas que pueden servir como criaderos de mosquitos. Algunos de los proyectos también han logrado movilizar recursos municipales o de la empresa privada, que han proporcionado camiones y personal. La decisión de hacer jornadas de eliminación de criaderos se toma en las instancias locales – ya sea por un comité, un consejo comunitario, una mesa intersectorial o una reunión de brigadistas.



Ilustración 14: Dos Brigadistas de Salud inspeccionan una llanta por pupa y larva y quitaron el agua para eliminar un criadero potencial en Nicaragua. Fuente: SSI/AMOS

PILAR 4: Prácticas de Colaboración Multisectorial

Todos los esfuerzos exitosos comprobados por estudios controlados han tenido como un elemento principal la colaboración inter- e intrasectorial. En la “Repuesta Mundial para el Control de Vectores”, la OMS provee el siguiente ejemplo:

Las intervenciones contra los mosquitos Aedes suelen centrarse en la aplicación de insecticidas en el interior de las viviendas, si bien esta medida es difícil de ejecutar de forma correcta y a menudo resulta insuficiente. Se puede mejorar el control de vectores formando y capacitando a las comunidades para identificar, vaciar, retirar o tratar los hábitats acuáticos de los mosquitos en el interior de sus viviendas y en las zonas circundantes. También se puede aumentar la resiliencia de las zonas urbanas tomando medidas para “desalojar” a los mosquitos Aedes, como instalar canalizaciones fiables para el suministro de agua con el fin de evitar la acumulación de agua doméstica en las viviendas. La gestión de los residuos sólidos también puede reducir los hábitats larvarios de Aedes, y la protección de las viviendas por medio de mosquiteros disminuirá la densidad de los mosquitos que pican al ser humano. Este enfoque con múltiples frentes de acción requiere una colaboración estrecha entre el sector sanitario y los sectores del planeamiento urbanístico, el agua, el saneamiento, la gestión de residuos sólidos, así como del diseño y la construcción de viviendas para garantizar la gestión adecuada de los hábitats domésticos y peri-domésticos. El control de los virus transmitidos por Aedes centrándose en los vectores exige un enfoque integrado que implique a varios socios tanto dentro del sector sanitario como fuera de él, y también, y en particular, a la comunidad.⁴⁴

La participación comunitaria efectiva y sostenida depende de una comunidad organizada y conectada con instancias gubernamentales. No es de sorprenderse, entonces, que todos los proyectos han dedicado esfuerzos para coordinar con las instancias municipales y/o las unidades de salud y los centros educativos más cercanos, las colonias y los barrios donde han laborado y con la organización de la comunidad en sí. Sin embargo, la forma de organización varía de país a país. Los siguientes se han identificado como las buenas prácticas de este pilar:

- La participación comunitaria en la coordinación multisectorial de la respuesta comunitaria al Zika y otras arbovirosis
- Fomento y desarrollo de Comités de Salud
- Uso de Sesiones de Diálogo Comunitario



Ilustración 15: Voluntarios comunitarios recolectan recipientes de plástico y vidrio que son criaderos potenciales en Guatemala.
Fuente: MCDI

⁴⁴ “Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030, (Versión 5.4)”, Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión”, Organización Mundial de la Salud, 2017.

8. Buena Práctica: La participación comunitaria en la coordinación multisectorial de la respuesta comunitaria al Zika y otras arbovirosis (Anexo 6.8)

Cada país difiere en la forma de la organización municipal y sub municipal y en el grado de responsabilidad que asume con relación a los servicios de salud. Tres de los cuatro proyectos han fomentado relaciones con los gobiernos municipales, dado su responsabilidad en saneamiento ambiental y el desarrollo social de sus comunidades. En algunos casos, la unidad de saneamiento municipal ha sido el contacto principal. En Guatemala, se ha trabajado muy de cerca con los Concejos Municipales de Desarrollo y con sus dependencias a nivel comunitario, los Concejos Comunitarios de Desarrollo. En El Salvador se ha trabajado directamente con los alcaldes y sus Concejos Municipales. En Honduras el trabajo ha sido con las Mesas Intersectoriales de Desarrollo.

En la mayoría de los países, el Ministerio de Salud es la entidad que lleva la responsabilidad principal para coordinar actividades de salud al nivel local. En Honduras, el principal enlace entre el proyecto e instancias formales son las Mesas Intersectoriales Locales (MIL) que se reúnen cada mes en el Centro de Salud y son integradas por el Director del Centro de Salud, Concejos de Desarrollo Local, Directores de Escuelas y Colegios, organizaciones de auxilio y socorro, empresa privada, comités de salud y voluntarios. En las reuniones de MIL se reciben y proporcionan información, analizan datos, discuten problemas y toman decisiones, individuales y colectivas. Para el caso de Guatemala y El Salvador, los Ministerios de Salud tienen promotores, personal del programa de vectores o inspectores de saneamiento que trabajan directamente con la comunidad y con ellos se coordinan las actividades operativas donde han adoptado las prácticas que impulsan los proyectos. En Honduras, la consulta con grupos focales concluye que la participación de la MIL es fundamental para potenciar la respuesta intersectorial a nivel local; no obstante, algunos equipos de salud perciben que el seguimiento y supervisión de sus actividades aumenta la carga ocupacional del personal local de salud que es cada vez más escaso.

Las mesas intersectoriales de Salud Municipal (MISM) y las Mesas Intersectoriales Locales (MIL) en Honduras permiten consolidar una respuesta comunitaria basada en la amplia participación social que se cumple, desde la demanda de la población organizada; más allá de las intervenciones de control del vector, la comunidad se organiza para ser parte de decisiones locales basadas en evidencia, entre ellas, la comunicación para el cambio de comportamiento, el monitoreo local de vigilancia y el control de riesgos. Las MISM y MIL se reúnen mensualmente y están compuestas de autoridades municipales y de la Secretaría de Salud, así como organizaciones de desarrollo local, entre ellas el patronato comunitario, asociaciones de fe religiosa, organizaciones de socorro y ayuda, entre estas la Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos, la empresa privada y, recientemente, programas sociales del gobierno central. En la MIL se hace la planificación de las actividades que se encargan los voluntarios durante el mes, así como otras actividades propias de la lucha contra las arbovirosis.



Ilustración 16: Presentando datos entomológicos en una sala situacional con el programa de Vectores en Guatemala. Fuente: MCDI

9. Buena Práctica: Fomento y desarrollo de Comités de Salud (Anexo 6.9)

En la mayoría de los países, los proyectos han dedicado tiempo y recursos para capacitar a los miembros de los Comités de Salud que ya existían antes del 2016. En algunos momentos se han tenido que apoyar con las capacitaciones de los miembros de la comunidad, quienes se prestan a servir a la comunidad y, generalmente surgen nombres de personas con vocación de servicio. Una vez que el Comité esté formado o identificado, se les ofrece un programa de capacitación para dotarlos con las capacidades necesarias para ayudar con las visitas y, gradualmente, contribuir a la evaluación y planificación de las actividades. Se desarrollaron materiales de capacitación para este fin, que aplican el “Ciclo de Acción Comunitaria” que es el resultado de muchas décadas del trabajo en varios países. Los comités forman la base de su interacción con la comunidad. El ciclo incluye los siguientes momentos: sensibilización y organización, participación de los voluntarios, planificación, capacitación y movilización, seguimiento y rendición de cuentas.

Tanto en Honduras como en Nicaragua, los proyectos han generado espacios de reflexión y diálogo periódico en la comunidad. La característica distintiva de estos espacios que subyace su concepto es el grado de empoderamiento de la comunidad. En Honduras, se ha determinado que un 70% de las actividades de control físico del vector fueron planificadas en estas instancias. En Nicaragua es este el espacio donde se manifiesta el abordaje de Investigación Acción Participativa.

En Guatemala y El Salvador, los Comités de Salud se conforman en gran medida por los mismos voluntarios de salud. En algunos casos acompañan a los técnicos de vectores en sus visitas al campo y se reúnen para analizar mapas, resultados y discutir acciones a tomar, en reuniones semanales que se llaman “salas de situación”. En El Salvador, algunos Comités forman parte del grupo de trabajo intersectorial de Protección Civil, lo que potencia su accionar, integrando más actores comunitarios especialmente en situaciones de emergencia.

10. Buena Práctica: Uso de Sesiones de Diálogo Comunitario (Anexo 6.10)

Sesiones de Diálogo Comunitario (SDC) son espacios de discusión con la comunidad donde las autoridades presentan un tema, como la situación del Zika y otros arbovirosis, u otro tema de salud (campañas de vacunación de la población vulnerable a enfermedades inmune prevenibles, información de prevención y atención de infecciones por transmisión sexual y de otros problemas de salud de notificación obligatoria), seguido por la revisión de datos producidos por las actividades de prevención y control de riesgos asociados con el tema. La SDC finaliza con la identificación de nuevas actividades trimestrales de prevención y control de riesgos dirigidos la comunidad organizada. Respondiendo al mandato institucional, a partir de febrero de 2019 las SDC priorizan la revisión y definición de actividades a favor del control de la actual epidemia del dengue en Honduras.



Ilustración 17: Capacitación a Brigadistas de Salud, Nicaragua. Fuente: SSI/AMOS



ANEXO 1 – DATOS BÁSICOS DE LOS CUATRO PROYECTOS

Nombre del Proyecto	Nuestra Salud	Zika Community Response (ZICORE)	Community Action against Zika (CAZ)	The Innovative Use of the Care Group Model and mHealth to Reduce the Transmission of Zika Virus
Organización Ejecutora	Global Communities	Medical Care Development International (MCDI)	Save the Children	Instituto de Ciencias Sostenibles (SSI)/ AMOS Salud y Esperanza
Donante	USAID	USAID	USAID	USAID
Duración Aproximada	3 años	3 años	3 años	3 años
Países	Honduras	El Salvador Guatemala	El Salvador Nicaragua Honduras Rep. Dom. (Colombia)	Nicaragua
Municipios	5	14	109 ⁴⁵	1
Comunidades	360	57	898	2
Centros Educativos	99	65	421	N/A
Estudiantes	28,060	8,138	57,708	N/A
Maestros	1,056	350	N/A	N/A
Voluntarios	1,450	364	10,552	962
Población	1,700,000	102,500	13,000,000	50,000

⁴⁵ Estos son únicamente los municipios de los países de Centroamérica y la República Dominicana. El Proyecto CAZ cubre otros 39 municipios de Colombia.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



ANEXO 2 – LISTA DE PRÁCTICAS EFECTIVAS PREVIAMENTE IDENTIFICADAS

Lecciones Aprendidas y Prácticas Efectivas
Feria de Experiencias
República Dominicana
1-3 abril, 2019

Aprendiendo y Adaptando: Monitoreo, evaluación y aprendizaje durante una respuesta rápida y gestión de conocimiento

1. Desarrollar herramientas y plataformas que puedan compartir a nivel de la comunidad
2. Producir informes para la toma de decisiones junto a las partes involucradas
3. Tomar en cuenta la seguridad de las personas en áreas de alto riesgo
4. Tener una línea de base con la que se puedan adaptar intervenciones en los países
5. Usar los datos en tiempo real para la toma de decisiones
6. Medir la calidad de la práctica clínica por medio de estándares e indicadores definidos
7. Dar seguimiento trimestral a la percepción de riesgos
8. Motivar la comunidad y promover acción oportuna, identificar plataformas comunitarias para desarrollar capacidades con ellas
9. Entrenar desde el inicio, y de manera continua, a todos los técnicos en control de vectores
10. Adaptar materiales de comunicación con mensajes y actores claves
11. Compartir informaciones generadas a nivel local y en las comunidades basados en validez técnica y efectividad
12. Involucrar a todos los actores (municipio, territorio, etc.)
13. Estandarizar las mejores prácticas al documentar las reuniones con antelación y dedicar tiempo para discusiones de colaboración
14. Trabajar con gestores comunitarios para ejecutar planes de réplicas de acuerdo a las necesidades de la comunidad
15. Reflexionar y pensar cómo se puede incorporar gestión del conocimiento desde el inicio
16. Involucrar a las escuelas para que los niños lleven la información al hogar

Fortalecimiento de Capacidades

17. Fortalecer el rol de cuidadores para el desarrollo infantil mediante capacitaciones enfocadas en la familia
18. Usar innovaciones al fortalecer capacidades, como el uso de tecnología para capacitación y modalidades virtuales
19. Desarrollar herramientas sencillas y fáciles de replicar
20. Usar los datos de la línea de base KAP para crear capacidades y sensibilizar las comunidades y el personal de salud
21. Ofrecer diplomado a través de una universidad local, estructurado con enfoque del desarrollo de capacidades que permita la implementación enfocada y flexible
22. Tener flexibilidad para reconocer capacidades antes de comenzar la respuesta: Armonizar, y ver necesidades y debilidades de los países
23. Institucionalizar los procesos para asegurar el aprendizaje con propuestas pertinentes y validadas y ser flexibles y adaptables al proceso existente
24. Entrenamientos prácticos para aprender al hacer (en inglés: learning by doing)



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



CRUZ ROJA
SALVADOREÑA

Coordinación e Integración del Zika

25. Resaltar la coordinación efectiva entre socios implementadores incluyendo planificación conjunta, intercambio de información, y retroalimentación de los procesos
26. Contextualizar la referencia y contra referencia
27. Propiciar la integración a estructuras que ya existen en los Ministerios. Por ejemplo, PSI se agregó a una red de médicos privados donde pudo integrar la conversación del Zika
28. Promover la sostenibilidad de la respuesta a través de la diseminación de materiales de educación y concientización
29. Realizar mapeo de los socios interesados más allá del Ministerio de Salud

Colaboración entre sectores Ministerio de Salud

30. Alinear el contenido con la estrategia de prevención y control
31. Trabajar en todos los niveles desde el ministerial hasta el comunitario
32. Comprender cómo funciona el Ministerio, con quienes se debe trabajar e integrarse al trabajo de dicho Ministerio
33. Aumentar la capacidad de recursos humanos y demostrar cómo la implementación se ajusta a la estrategia del Ministerio de Salud

Sector Privado

34. Entender la diversidad entre países
35. Ofrecer programas de certificación que combinen enfoques teóricos y prácticos en el currículo
36. Enfocarse en la responsabilidad social

Grupos Civiles

37. Realizar un plan de trabajo con las comunidades
38. Desarrollar diagnósticos participativos en un primer nivel desde la institución e integrarlo a la comunidad
39. Involucrar a las personas responsables en la comunidad y compartir resultados con ellos
40. Identificar qué es lo que llama la atención a las comunidades para prevenir el Zika
41. Promover la presencia de la sociedad civil local, (patronatos, organizaciones de mujeres, etc.)

Gobiernos Locales

42. Evitar que se politice la respuesta y las prácticas efectivas
43. Motivar a que el sector de salud lidere las intervenciones para asegurar prioridad en temas y procesos

Temas de Juventud y Género

44. Realizar un plan de trabajo con las comunidades
45. Desarrollar diagnósticos participativos en un primer nivel desde la institución e integrarlo a la comunidad
46. Involucrar a personas responsables en la comunidad y compartir resultados con ellos
47. Identificar qué es lo que llama la atención a las comunidades para prevenir el Zika
48. Promover la presencia de la sociedad civil local, (patronatos, organizaciones de mujeres, etc.)
Gobiernos locales
49. Evitar que se politice la respuesta y las prácticas efectivas
50. Motivar a que el sector de salud lidere las intervenciones para asegurar prioridad en temas y procesos

Género

51. Considerar temas de género desde los inicios del diseño
52. Formar a proveedores de salud y promover roles de masculinidad no tradicionales en las comunidades
53. Incluir mensajes exclusivos para hombres
54. Enfocar en la responsabilidad compartida
55. Fomentar la masculinidad y temas de control vectorial dentro de la vivienda e incluir transmisión sexual y eliminación de criaderos
56. Lograr el empoderamiento de la pareja y la familia sobre su responsabilidad compartida en todos los procesos y comportamientos de prevención
57. Hacer visitas domiciliarias en pareja (un hombre y una mujer) para proteger la salud de los voluntarios y evitar casos de abuso y violencia sexual



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



SISTEMATIZACIÓN DEL TALLER INTERNACIONAL “MOVILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD PARA LA RESPUESTA A EMERGENCIAS Y EPIDEMIAS: APRENDER DE LA LUCHA CONTRA EL ZIKA”
4, 5 y 6 de Junio 2019
Quito, Ecuador

Movilización Comunitaria

Buenas Prácticas

1. Fortalecer las capacidades de la comunidad y de los equipos comunitarios a través del intercambio de conocimientos y de distintos momentos de capacitación
2. Fomentar la capacitación y participación de adolescentes, niñas y niños como actores claves en la sensibilización y prevención
3. Organizar “Grupos de Cuido” para cuidadores y familias con niños y niñas afectados por el virus del Zika.
4. Promover la coordinación intersectorial para potenciar la actuación sinérgica de las instituciones
5. Elaborar planes comunitarios para cohesionar y actuar organizadamente
6. Fortalecer las capacidades institucionales para incentivar la movilización comunitaria
7. Conocer la realidad desde un enfoque interdisciplinario

Lecciones aprendidas

1. Adaptar las estrategias y acciones al contexto de cada territorio
2. Contar con la participación de la comunidad para conseguir mejores resultados
3. Contar con voluntarias y voluntarios reconocidos y legitimados por sus propias comunidades.
4. Los grupos, colectivos u organizaciones se mantienen y potencian cuando tienen objetivos e intereses comunes.
5. Prácticas clientelares dificultan el trabajo con la comunidad, en este caso es necesario planificar estrategias para mitigar su impacto
6. En la definición de los programas de salud es importante incluir el análisis de los determinantes sociales
7. Los indicadores de movilización comunitaria deben desde el inicio de un programa y proyecto; ser precisos y tener una definición clara



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



Cruz Roja
SALVADOREÑA

Vigilancia Epidemiológica Basada en la Comunidad (VEBC)

Buenas Prácticas

1. La participación de los actores sociales es la base para dinamizar la vigilancia epidemiológica basada en la comunidad (VEBC)
2. La movilización de los actores de la comunidad se fortalece a través de su participación en la construcción de mensajes, materiales comunicacionales y de capacitación para los actores comunitarios
3. La combinación de estrategias de movilización comunitaria y CCSC facilita responder de manera integral a problemas de salud
4. La coordinación entre los proyectos con los Ministerios de Salud y de Educación ha tenido un efecto multiplicador
5. Las plataformas y redes informáticas permiten contar con información en tiempo real y tomar acciones oportunas para el control y la atención.
6. Aseguramiento de la calidad, una buena práctica en la respuesta a Zika con Movilización comunitaria

Lecciones aprendidas:

1. La implementación de la estrategia socializando evidencias, planificando alternativas (SEPA).
2. La visita domiciliaria es un espacio de aprendizaje mutuo entre el voluntario/brigadista que realiza la visita y la familia.
3. Involucrar a actores de la misma comunidad, es clave para fomentar la participación y el rol de la comunidad
4. La elaboración de materiales educomunicacionales para fortalecer las capacidades comunitarias en liderazgo, comunicación, organización comunitaria.
5. La movilización de la comunidad en el marco de una emergencia es diferente a la que se implementan a mediano y largo plazo.
6. La coordinación con gobiernos locales contribuye a intervenciones más integrales relacionadas a mejorar las condiciones ambientales y a dinamizar la articulación e intervención intersectoriales.
7. Coordinar y articularse con los Ministerios o Secretarías de Salud desde el inicio de la intervención para seleccionar las zonas de trabajo y durante la implementación de la VEBC
8. Los sistemas de registro y control de la vigilancia epidemiológica con base en la comunidad deben estar vinculados al Ministerio de Salud o ente rector
9. Asegurar la calidad de las intervenciones es clave para que sean más efectiva, tengan mayor impacto y sean sostenibles

Comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSC)

Buenas prácticas

1. En situaciones de emergencia sanitaria como la generada por el virus Zika, la prioridad comunicacional es elevar la percepción del riesgo para motivar el cambio de comportamiento.
2. El conocimiento de la realidad es la base de la acción comunicativa que busca el cambio de comportamiento
3. La comunicación interpersonal es vital para incidir en el conocimiento, cambio de actitud y de comportamiento.
4. La construcción de mensajes clave orientados a modificar comportamientos específicos
5. Las acciones educativas y comunicativas deben articularse con las de participación comunitaria a fin de generar condiciones favorables al cambio de actitudes y de comportamientos
6. Construir alianzas y fortalecer el vínculo con múltiples actores de todos los niveles que trabajan en el territorio multiplica las posibilidades de impacto, además de ser un factor clave de sostenibilidad.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



General

Lecciones aprendidas:

1. Sin participación de las personas y de la comunidad, no es posible el cambio actitud y de comportamiento
2. La efectividad en la difusión de la información, la socialización del conocimiento y el procesamiento de ese conocimiento hasta transformarlo en comportamientos pasa por una selección inteligente de los cambios que se buscan.
3. Ningún problema está aislado. Las emergencias pasan y la estrategia de comunicación trazada en un momento de emergencia, no necesariamente funciona cuando el pico de la emergencia baja o cuando, simplemente, la emergencia no es percibida como tal por las personas y comunidades.
4. Los mensajes para elevar la percepción de riesgo deben basarse en evidencias

Sostenibilidad

Buenas prácticas:

1. Diálogo permanente y transferencia metodológica
2. Diseño de marcos legales y jurídicos
3. Acompañamiento a planes de acción
4. La interrelación entre varios actores

Lecciones aprendidas

1. La inclusión de todos los actores
2. La construcción de un piso común: enfoques y actuaciones
3. Los planes de acción desde una mirada amplia
4. El voluntariado



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



ANEXO 3 – BIBLIOGRAFÍA

- Andersson, Neil, et al. "Evidence Based Community Mobilization for Dengue Prevention in Nicaragua and Mexico (Camino Verde, the Green Way): Cluster Randomized Controlled Trial." *Bmj*, 8 July 2015, doi:10.1136/bmj.h3267.
- Arunachalam, Natarajan, et al. "Community-Based Control Of Aedes aegypti by Adoption of Eco-Health Methods in Chennai City, India." *Pathogens and Global Health*, vol. 106, no. 8, Dec. 2012, pp. 488–496., doi:10.1179/2047773212y.0000000056.
- Brathwaite-Dick, Olivia, et al. "The History of Dengue Outbreaks in the Americas." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 87, no. 4, 3 Oct. 2012, pp. 584–593., doi:10.4269/ajtmh.2012.11-0770.
- Brathwaite-Dick, Olivia, and José Luis San Martín. "La Estrategia De Gestión Integrada Para La Prevención y El Control Del Dengue En La Región De Las Américas." *Revista Panamericana De Salud Pública, Organización Panamericana De La Salud*, 1 Jan. 2007, .
- Caprara, A., et al. "Entomological Impact and Social Participation in Dengue Control: a Cluster Randomized Trial in Fortaleza, Brazil." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 109, no. 2, 20 Feb. 2015, pp. 99–105., doi:10.1093/trstmh/tru187.
- Codeço, Claudia T., et al. "Surveillance of Aedes Aegypti: Comparison of House Index with Four Alternative Traps." *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 9, no. 2, 10 Feb. 2015, doi:10.1371/journal.pntd.0003475.
- Collins, Francis. "Tracing Spread of Zika Virus in the Americas." *National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services*, 30 May 2018, directorsblog.nih.gov/2018/05/29/tracing-spread-of-zika-virus-in-the-americas/.
- Combating Zika. USAID website. <https://www.usaid.gov/global-health/zika>
- "Combating Zika: Community Engagement Fact Sheet." U.S. Agency for International Development, 21 Feb. 2019, www.usaid.gov/documents/1864/combating-zika-community-engagement-fact-sheet.
- Community Action on Zika (CAZ), Annual Progress Report Year 2. Save the Children, December 2018, Community Action on Zika (CAZ), Annual Progress Report Year 2.
- "Dengue and Severe Dengue." *World Health Organization, World Health Organization*, 15 Apr. 2019, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue.
- Engaging Communities in Responding to Zika: Nuestra Salud, Annual Progress Report Year 2. Global Communities, December 2018, Engaging Communities in Responding to Zika: Nuestra Salud, Annual Progress Report Year 2.
- Espino, Fe, et al. "Community Participation and Tropical Disease Control in Resource-Poor Settings." *UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)*, 2004.
- "Estrategia De La Prevención y Control De Las Enfermedades Arbovirales." *Repositorio Institucional De La OPS - Política General, Organización Panamericana De La Salud*, 2016, iris.paho.org/xmllui/bitstream/handle/123456789/31430/CD55-16-s.pdf?sequence=4.
- Focks, Dana. "A Review of Entomological Sampling Methods and Indicators for Dengue Vectors." *World Health Organization, World Health Organization*, 2003, www.who.int/iris/handle/10665/68575.
- Global Communities. "Engaging Communities in Responding to Zika: Nuestra Salud, Annual Progress Report to USAID Zika Program, Year II - October 1, 2017 to September 30, 2018". December 6, 2018.
- "Global Strategy for Dengue Prevention and Control, 2012–2020." *World Health Organization, World Health Organization*, 13 May 2015, www.who.int/denguecontrol/9789241504034/en/.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Gubler, Duane J. "Epidemic Dengue/Dengue Hemorrhagic Fever as a Public Health, Social and Economic Problem in the 21st Century." *Trends in Microbiology*, vol. 10, no. 2, 2 Feb. 2002, pp. 100–103., doi:10.1016/s0966-842x(01)02288-0.

Gubler, Duane J., and Gary G. Clark. "Community Involvement in the Control of *Aedes aegypti*." *Acta Tropica*, vol. 61, no. 2, Apr. 1996, pp. 169–179., doi:10.1016/0001-706x(95)00103-1.

Guía del Facilitador para la Formación de Habilidades de Comunicación Interpersonal, Breakthrough Action, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. https://www.zikacommunicationnetwork.org/sites/default/files/resource_files/Zika-Facilitator-Guide-for-IPC-Training-18Dec2018.pdf

Heintze, C., et al. "What Do Community-Based Dengue Control Programmes Achieve? A Systematic Review of Published Evaluations." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 101, no. 4, Apr. 2007, pp. 317–325., doi:10.1016/j.trstmh.2006.08.007.

Kay, Brian, and Vu Sinh Nam. "New Strategy against *Aedes aegypti* in Vietnam." *The Lancet*, vol. 365, no. 9459, 12 Feb. 2005, pp. 613–617., doi:10.1016/s0140-6736(05)17913-6.

Ledogar, Robert J., et al. "Mobilising Communities for *Aedes aegypti* Control: the SEPA Approach." *BMC Public Health*, vol. 17, no. S1, May 2017, doi:10.1186/s12889-017-4298-4.

Lloyd, Linda S. Best Practices for Dengue Prevention and Control in the Americas. Environmental Health Project, 2003.

Lorge Rogers, Beatrice, and Jennifer Coates. Sustaining Development: A Synthesis of Results from a Four-Country Study of Sustainability and Exit Strategies among Development Food Assistance Projects. FANTA III, 2015.

Mitchell, Cristina. "PAHO/WHO - Cumulative Cases | PAHO/WHO." *Pan American Health Organization / World Health Organization*, 18 Aug. 2016, www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390%3Azi-ka-cumulative-cases&Itemid=42090&lang=en.

Oliveira, Luana Nice Da Silva, et al. "Cost of Illness and Program of Dengue: A Systematic Review." *Plos One*, vol. 14, no. 2, 20 Feb. 2019, doi:10.1371/journal.pone.0211401.

Olliaro, Piero, et al. "Improved Tools and Strategies for the Prevention and Control of Arboviral Diseases: A Research-to-Policy Forum." *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 12, no. 2, 1 Feb. 2018, doi:10.1371/journal.pntd.0005967.

Parks, Will, and Linda Lloyd. Planning Social Mobilization and Communication for Dengue Fever Prevention and Control: a Step-by-Step Guide. World Health Organization, 2005.

Parks, W. J. et al, "International Experiences in Social Mobilization and Communication for Dengue Prevention and Control", *Dengue Bulletin*, vol. 28, 2004 (Suppl).

Pilger D, et al. "Is routine dengue vector surveillance in central Brazil able to accurately monitor the *Aedes aegypti* population? Results from a pupal productivity survey." *Trop Med Int Health*, vol. 16, no. 9: 1143-50, Sep. 2011, doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02818.x

"Plan Continental De Ampliación e Intensificación Del Combate a *Aedes aegypti*." *Revista Panamericana De Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, Organización Panamericana De La Salud, 1998, www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=22604&tip=sid.

Prager Froes, Heitor. "Proyecto De Campaña Continental Para La Eradicación De *Aedes Aegypti*." *Repositorio Institucional De La OPS - Política General*, Organización Panamericana De La Salud, iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/12922/v26n10p842.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



Cruz Roja
SALVADOREÑA

“Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030, (Versión 5.4) , Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión”, Organización Mundial de la Salud, 2017.

Rodríguez, M, Bisset, J and Fernández, D. Levels of insecticide resistance and resistance mechanisms in *Aedes aegypti* from some Latin American countries; *Journal of the American Mosquito Control Association*, 23 (4) 420-429, 2007.

Roiz, David, et al. “Integrated *Aedes* Management for the Control of *Aedes*-Borne Diseases.” *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol. 12, no. 12, 6 Dec. 2018, doi:10.1371/journal.pntd.0006845.

Santarossa, Sara, et al. “Exploring the Role of In-Person Components for Online Health Behavior Change Interventions: Can a Digital Person-to-Person Component Suffice?” *Journal of Medical Internet Research*, JMIR Publications, 11 Apr. 2018, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5917076/.

Sherman, C, et al. “La Untadita: a Procedure for Maintaining Washbasins and Drums Free of *Aedes aegypti* Based on Modification of Existing Practices.” *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 58, no. 2, 1 Feb. 1998, pp. 257–262., doi:10.4269/ajtmh.1998.58.257.

Sommerfeld, J., and A. Kroeger. “Innovative Community-Based Vector Control Interventions for Improved Dengue and Chagas Disease Prevention in Latin America: Introduction to the Special Issue.” *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 109, no. 2, 20 Feb. 2015, pp. 85–88., doi:10.1093/trstmh/tru176.

“Strengthening Implementation of the Global Strategy for Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control, Report of the Informal Consultation, 18-20 October, 1998, WHO HQ, Geneva.” *World Health Organization*, World Health Organization, Oct. 1999, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66186/WHO_CDS_(DEN)_IC_2000.1.pdf?sequence=1.

Tapia-Conyer, Roberto, et al. “Community Participation in the Prevention and Control of Dengue: the Patio Limpio Strategy in Mexico.” *Paediatrics and International Child Health*, Maney Publishing, May 2012, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381439/.

Vanlerberghe, V, et al. “Community Involvement in Dengue Vector Control: Cluster Randomised Trial.” *Bmj*, vol. 338, no. jun09 1, 9 June 2009, doi:10.1136/bmj.b1959.

Wilder-Smith, Annelies, et al. “Epidemiology of Dengue: Past, Present and Future Prospects.” *Clinical Epidemiology*, 20 Aug. 2013, p. 299., doi:10.2147/cep.s34440.

Winch, Peter, et al. “Effectiveness of Community Participation in Vector-Borne Disease Control.” *Health Policy and Planning*, vol. 7, no. 4, Dec. 1992, pp. 342–351., doi:10.1093/heapol/7.4.342.

Yactayo, Sergio, et al. “Epidemiology of Chikungunya in the Americas.” *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 214, no. suppl 5, 5 Dec. 2016, doi:10.1093/infdis/jiw390.

Yactayo, Sergio, et al. “Epidemiology of Chikungunya in the Americas.” *The Journal of Infectious Diseases*, Oxford University Press, 15 Dec. 2016, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5137246/.

Zhang, Qian, et al. “Spread of Zika Virus in the Americas.” *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114, no. 22, 25 Apr. 2017, doi:10.1073/pnas.1620161114.

“Zika Prevention Behavior Matrix.” Zika Communication Network, Breakthrough Action + Research, www.zikacommunicationnetwork.org/resources/zika-prevention-behavior-matrix.

“Zika Virus.” *World Health Organization*, World Health Organization, 20 July 2018, www.who.int/news-room/factsheets/detail/zika-virus.

ANEXO 4 – COMPORTAMIENTOS CON MAYOR POTENCIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL ZIKA

Tomados de "Zika Prevention Behavior Matrix." Zika Communication Network, Breakthrough Action + Research, www.zikacommunicationnetwork.org/resources/zika-prevention-behavior-matrix.

- Protección personal
 - Usar repelente de mosquitos en la piel (DEET, Picaridina, IR3535 o aceite de eucalipto limón solamente), siguiendo las indicaciones de cada producto durante el embarazo para reducir el riesgo de transmisión del Zika por picadura de mosquito.
 - Usar el condón durante el embarazo para prevenir la transmisión sexual de Zika.
- Control vectorial en el hogar y la comunidad
 - Eliminar regularmente el agua estancada que se acumula dentro y fuera de la casa y en áreas de uso comunitario.
 - Cubrir los recipientes de almacenamiento de agua de uso poco frecuente en todo momento con una tapa bien ajustada, cuidando que la tapa no se deforme ni toque el agua.
 - Eliminar semanalmente los huevos de mosquito de las paredes de los recipientes de agua como pilas, tanques, barriles y cubetas a través del cepillado de manera circular.
- Comportamientos propicios: Comportamientos que no previenen directamente la transmisión del Zika o Síndrome congénito de Zika (SCZ), pero incorporan una intervención que efectivamente contribuye a su prevención:
 - Asistir a las consultas de control prenatal para el seguimiento del embarazo e informarse sobre el riesgo de contraer el Zika y cómo prevenirlo.
 - Buscar consejería de un proveedor capacitado sobre los métodos modernos de planificación familiar si no planea quedar embarazada.



Ilustración 18: Sesión educativa sobre los pasos de la untadita a mujeres embarazadas en Santo Tomás La Unión, Suchitepéquez, Guatemala Fuente: MCDI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



Cruz Roja
SALVADOREÑA

ANEXO 5 – RESUMEN DE EVIDENCIA CUATRO ESTUDIOS

Kay, Brian, and Vu Sinh Nam. "New Strategy against *Aedes aegypti* in Vietnam." *The Lancet*, vol. 365, no. 9459, 12 Feb. 2005, pp. 613–617., doi:10.1016/s0140-6736(05)17913-6.

Una de las primeras experiencias que demuestra el impacto de la participación comunitaria a lo largo de varios años, es el informado en el *Lancet* por Kay y Vu en el 2005. Describen un abordaje de cuatro componentes realizado dentro de un periodo de ocho años abarcando 46 comunidades con una población de casi 400,000 personas. Los cuatro componentes fueron:

1. Un enfoque combinado vertical y horizontal que depende de la comprensión de la comunidad;
2. Priorización de actividades de control según la productividad larvaria de los principales tipos de hábitat (EDP);
3. El uso de copépodos predadores del género *Mesocyclops*⁴⁶ como un agente de control biológico;
4. Todo lo anterior a cargo de voluntarios de salud, escuelas y comunidades.

Lograron eliminar el vector totalmente en 40 de las 46 comunidades y la enfermedad de dengue en el área durante los tres años antes del informe, mientras que en las comunidades de los alrededores tuvieron una incidencia de 112.8 casos por 100,000 habitantes. Informaron de costos promedio de US\$2 por habitante, pero notaron en la última fase, que el costo actual era de US \$0.20 o sea 20 centavos de dólar por habitante.

Vanlerberghe, V, et al. "Community Involvement in Dengue Vector Control: Cluster Randomised Trial." *Bmj*, vol. 338, no. jun09 1, 9 June 2009, doi:10.1136/bmj.b1959.

Además de esta experiencia, ha habido varias investigaciones del tipo controlado aleatorio que han demostrado el impacto de la participación comunitaria en la reducción de los índices de infestación y también en la incidencia de dengue.

Una de ellas fue la experiencia de la región de Guantánamo, en Cuba, informada por Vanlerberghe et al en el *British Medical Journal* en el 2009, que usó un abordaje similar al de Viet Nam, pero sin el uso de los peces. Describen una intervención de un año en 32 comunidades con una población promedio de 2,000 habitantes cada uno. Las comunidades de control tuvieron el programa de control de *Aedes* de rutina (vigilancia entomológica y reducción de la fuente mediante inspección periódica de las casas –en ciclos de 11 días), larvicida de recipientes Temephos, adulticida selectiva y se detectaron focos de *Aedes aegypti*; comunicación y educación sobre la prevención del dengue y la aplicación de multas de acuerdo con regulaciones, y los grupos de intervención tuvieron el programa de control de *Aedes* de rutina combinado con un enfoque de gestión ambiental basado en la comunidad. Midieron el índice de casa positiva, el índice Breteau y el de pupa por habitante. Los elementos claves de la participación comunitaria fueron:

- Discusión sobre la intervención con actores locales relevantes y formación de un comité directivo local.
- Creación de grupos de trabajo formales (grupos de trabajo de la comunidad) a nivel de base para asegurar la participación de la comunidad en la gestión ambiental.
- Establecimiento de mecanismos de coordinación entre grupos de trabajo comunitarios, servicios de salud y estructuras de gobiernos locales para fortalecer la coordinación intersectorial.
- Armonización de la intervención y plan de acción del programa local de control de vectores.

Los resultados mostraron una reducción de 51% en el índice de casa positiva y 73% en pupa/habitante en los grupos de intervención versus los de control.

⁴⁶ *Mesocyclops* es un género de crustáceos copépodos de la familia Cyclopidae. Debido a que se sabe que las diversas especies de *Mesocyclops* se alimentan de mosquitos, se utilizan como una forma no tóxica y económica de control biológico de mosquitos. <https://en.wikipedia.org/wiki/Mesocyclops>



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Andersson, Neil, et al. "Evidence Based Community Mobilization for Dengue Prevention in Nicaragua and Mexico (Camino Verde, the Green Way): Cluster Randomized Controlled Trial." *Bmj*, 8 July 2015, doi:10.1136/bmj.h3267.

Una segunda experiencia de tipo controlada aleatoria en México y Nicaragua fue reportada por Andersson et al también en el British Medical Journal en 2015. Hubo una línea de base que incluía 75 agrupaciones de control y 75 de intervención (60 en Nicaragua y 90 en México) abarcando una población de 85,000 personas y casi 19,000 casas. En todas las comunidades, calcularon los índices de infestación y tomaron muestras de saliva de niños seleccionados para medir la sero-prevalencia de anticuerpos a dengue. Compartieron los resultados de la línea de base con todas las comunidades. La intervención consistió en:

- Una reunión de facilitadores con grupos de entre 8 a 10 personas de la comunidad para consultar sobre los resultados de la línea de base, las implicaciones del costo del dengue para el hogar, y las estrategias específicas de prevención en la comunidad.
- Las comunidades optaron por una variedad de actividades para compartir información básica sobre el ciclo de vida del mosquito y cómo interrumpirlo; organizaron eventos comunitarios para crear conciencia; campañas de limpieza centradas en locales desocupados y públicos; la introducción de peces en recipientes de almacenamiento de agua (solo en México); y otras actividades.
- Capacitación de voluntarios como organizadores y educadores.
- Visitas a hogares y escuelas para mostrar evidencia de infestación larvaria/pupal en recipientes de agua, para informar a hogares y escuelas sobre el ciclo de vida del mosquito y para aconsejar sobre formas de interrumpir el ciclo.

Los resultados mostraron una reducción del 30% en el riesgo de infección de dengue basado en evidencia serológica, una reducción de 25% en infección auto reportada, 44% en el índice de casa positiva y 55% en pupa por habitante.

Arunachalam, Natarajan, et al. "Community-Based Control of *Aedes aegypti* by Adoption of Eco-Health Methods in Chennai City, India." *Pathogens and Global Health*, vol. 106, no. 8, Dec. 2012, pp. 488–496., doi: 10.1179/2047773212y.0000000056.

Una tercera experiencia, también aleatoria controlada, fue llevada a cabo en la India en el 2012. Se compararon 10 comunidades de 100 casas, cada una de control con igual número de intervención. La intervención por igual comenzó con consultas con la comunidad e incluía movilización de redes comunitarias, movilización de estudiantes, distribución de materiales de IEC⁴⁷, control físico en la casa y campañas regulares de limpieza. Reportaron reducciones significativas en los índices normales, así como en pupas por persona.

⁴⁷ IEC significa información, educación y comunicación.

ANEXO 6 – FICHAS DE BUENAS PRÁCTICAS

FICHA 6.1 – Encuesta de Demografía Pupal

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Uso de la encuesta de demografía pupal (EDP) para identificar los recipientes más productivos para el *Aedes*.

Justificación:

La utilidad de este procedimiento para identificar los recipientes más productivos para *Aedes* adultos y la eficacia de enfocarse en estos recipientes está bien documentada en la literatura.⁴⁸ La EDP identifica los recipientes clave, aquellos donde se concentra el 80% de reproducción del *Aedes aegypti*. A su vez esto se permite focalizar campañas de eliminación de criaderos y a través de la participación comunitaria y movilización social y a desarrollar campañas tendientes a la reducción o eliminación de dichos criaderos. Ejemplo: donde la pila es el recipiente clave, promover el lavado de pilas una vez por semana, donde el tonel es el recipiente clave promover el uso de tapa- toneles, donde las llantas son el recipiente clave promover una campaña de eliminación de llantas o bien donde el recipiente clave son los diversos plásticos pequeños y medianos etc. En este sentido, además de que la EDP reorienta la acción de eliminación, se permite minimizar costos, tiempo y recursos humanos, focalizando la acción de control donde más se necesita.

Descripción de la práctica:

La encuesta se lleva a cabo cada tres meses en cada una de las localidades donde el proyecto ZICORE ejecuta sus actividades, dos veces por año en la época seca y dos veces en la época lluviosa. En otros lugares, se hace dos veces al año, una vez en la época lluviosa y otra en la época seca. La encuesta se levanta mediante la intervención de un equipo de dos personas, una del programa de vectores y el encargado de entomología del proyecto. Usa un diseño de una encuesta de tipo transversal estratificado (localidad urbana y disponibilidad permanente de agua; localidad urbana y escasez de agua; localidad rural y disponibilidad permanente de agua; y localidad rural y escasez de agua) por conglomerados y representativa del área del estudio e incluye los hogares así como los espacios privados y públicos no residenciales (escuelas, edificios públicos, parques, cementerios, lotes baldíos, tiraderos, establecimientos comerciales, especialmente llanteras o pinchazos, entre otros) próximos a las viviendas.



Ilustración 19: Voluntario de Cruz Roja realiza una inspección de un barril para la encuesta de demografía pupal en El Salvador. Fuente: MCDI

⁴⁸ Focks, D. and Alexander, N.; Multicountry study of *Aedes aegypti* pupal productivity survey methodology: findings and recommendations; Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; World Health Organization; 2006.

Se seleccionan al azar 200 casas en cada aglomerado y las comienzan a visitar tomando como universo muestral el número total de viviendas de la localidad seleccionada. Luego se procederá de una de dos maneras: (1) basado, en el mapa o croquis a la mano, se numerarán sobre este las viviendas a muestrear, o (2) una vez en el campo, el equipo empezará la cuenta en el extremo oriental (“la izquierda”) de la localidad y continuará con la vivienda consecutiva numerando virtualmente cada vivienda observada al ir caminando hacia el occidente (“la derecha”) de la localidad, empezando del lado oriental del conglomerado.

Cada equipo tiene asignado un número de casas positivas a pupas a observar y continúa sus visitas hasta lograr el número requerido. Este número depende de la variedad de recipientes donde se encuentran pupas, pero tiene 10 casas positivas a pupas como meta mínima. Si después de 10 casas positivas un solo tipo de recipiente es el que predomina, se puede terminar la encuesta. Si no, continua con 15 casas más y repite el cálculo así progresivamente hasta un máximo de 100 casas. Luego se calcula el índice de dispersión, o sea un índice que representa la variedad de recipientes donde se halla pupas. Existen cálculos que determinan el número de casas necesarias a visitar en la medida que van determinando el índice de dispersión.⁴⁹ El algoritmo usado para determinar el número de casas para visitar se encuentra al final de esta ficha. En cada vivienda, se explica al responsable de la residencia el propósito de la visita, se pide permiso para hacer la inspección, se identifican los recipientes potenciales de pupa, se recoge las pupas con un larvero, se cuentan usando un procedimiento estándar y se registra la información digitalmente. Se coloca una muestra de pupa en bolsa plástica para llevarla al laboratorio para efecto de control de calidad.



Ilustración 20: Colaboradora voluntaria inspecciona en búsqueda de criaderos en Honduras
Fuente: Global Communities

⁴⁹ Ibid.



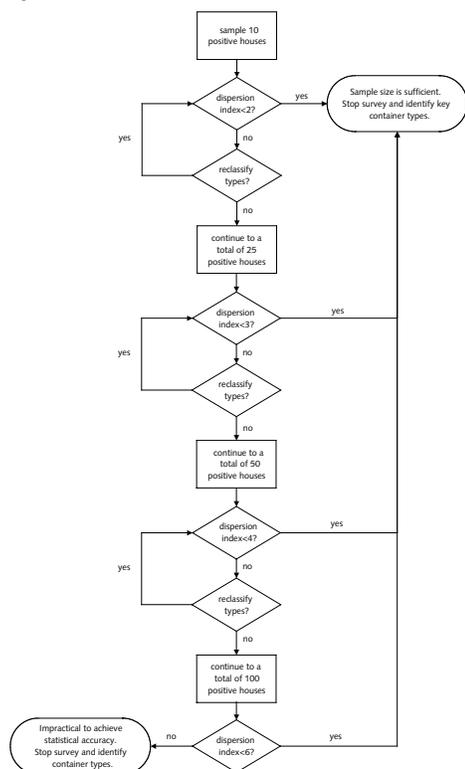
Herramientas:

Protocolo de Encuesta de Demografía Pupal (EDP)

Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados	Formas halladas de superar los retos
Había indicaciones de fallas en la precisión de la encuesta de demografía pupal de referencia llevado a cabo de julio a diciembre de 2017.	Se dio una capacitación adicional al personal del programa de control de vectores para afinar sus prácticas de recolección de datos. Se hizo un análisis longitudinal basado en las encuestas de demografía pupal en todas las comunidades, no solo en las comunidades de referencia que fueron estudiadas en el 2017.
Un gran número de comunidades donde se realizaba la encuesta de demografía pupal en El Salvador no tenía suficientes casas para calcular un índice de dispersión significativo.	Se pasó a agregar diferentes comunidades para poder calcular un índice de dispersión significativo a nivel del municipio.
Las épocas secas y lluviosas mostraban grandes diferencias en los conteos de pupas cuando se hacía la encuesta de demografía pupal solo dos veces al año. Esta diferencia causó limitaciones en el análisis de las tendencias longitudinales, una vez que los datos no eran comparables.	Se pasó a realizar la encuesta de demografía pupal cuatro (4) veces por año en cada comunidad, 2 veces durante la época seca y 2 veces durante la época lluviosa (o sea, una vez cada trimestre).

Algoritmo usado para calcular el número de casas a visita en la encuesta:



⁵⁰ Focks, D. and Alexander, N.; Multicountry study of Aedes aegypti pupal productivity survey methodology: findings and recommendations; Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; World Health Organization; 2006.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



La siguiente descripción del índice de dispersión está tomado de Focks y Alexander, 2006. Partimos de la observación intuitiva de que el tamaño de muestra requerido para hacer estos cálculos debe ser más pequeño si las pupas están más concentradas en un menor número de clases. Esta denominación de “clases” se refiere a los diferentes tipos de recipientes, por ejemplo, llantas o toneles de agua. En tal situación cuando las pupas están concentradas en una menor variabilidad en clases, las clases de recipientes claves deberían ser identificadas claramente y de manera más inmediata en el curso de una encuesta. Por el contrario, esperaríamos que el tamaño de muestra requerido sea más grande si las pupas se dispersan uniformemente entre un mayor número de clases. Haciendo una analogía con el análisis de la amplitud del nicho ecológico y la diversidad de especies, cuantificamos el grado de dispersión de pupas entre clases de contenedor por el índice de dispersión:

N1, que es el exponencial de H' , el índice de Shannon-Wiener (o Shannon-Weaver)

índice de dispersión $(N1) = 10^{H'}$

dónde

Índice de Shannon-Wiener $(H') = -\sum_f p_i \log_{10}(p_i)$

y p_i es la proporción de pupas en la clase de recipiente i -ésimo, y el símbolo \sum (sigma).

Sigma denota una suma sobre las clases de recipiente que contienen al menos una pupa.

Este índice de dispersión (N1) tiene las siguientes propiedades: (1) N1 es mayor cuando las pupas se distribuyen de manera más uniforme entre las clases de recipientes; (2) el valor máximo de N1 ocurre cuando se producen proporciones iguales de pupas en cada clase de recipiente, si hay una cantidad “m” de tales tipos de recipientes, entonces $N1 = m$; y (3) una distribución uniforme sobre una gran cantidad de tipos de recipientes proporciona un valor de N1 mayor a un diferencial uniforme de una cantidad más baja de tipos de recipientes.

Entonces, por ejemplo, un índice de dispersión de 5 significa que las pupas tienen el mismo grado de dispersión como si estuvieran igualmente distribuidos en cinco tipos de recipientes (es decir, 20% de pupas en cada tipo). Tales cálculos se pueden hacer fácilmente en una hoja de cálculo como Microsoft® Excel®.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



FICHA 6.2 – Uso de ovitrampas con sistema geo-referencial para enfocar esfuerzos de control

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Vigilancia Entomológica por Ovitrapas (VEO)

Justificación:

La OMS identifica la ovitrampa como el abordaje más costo-efectivo para identificar la presencia o ausencia del vector en un área geográfica.⁵¹ Un estudio de Brasil encontró la ovitrampa más sensible que el Índice de Casa Positiva para identificar la presencia de *Aedes* y demostró que “aunque no miden directamente la población adulta, capturan muy bien su variación. Estos resultados confirman la utilidad de ovitrampas para la vigilancia de *Aedes aegypti*, incluso si no produjera índices directos de abundancia de mosquitos adultos”.⁵²

El sistema de vigilancia entomológica basado en ovitrampas se permite generar acciones de eliminación, control y prevención en cuadrantes de 300 x 300 metros o “Grupos de nueve manzanas” de forma semanal y con ellos, negativizar dichos cuadrantes en forma progresiva (de acuerdo a los resultados de conteo semanal de huevos). Con ello se minimiza los insumos y recursos financieros, los recursos humanos y la movilización (combustible y vehículos). Este modelo está enfocado hacia aquellos programas de control vectorial con bajo presupuesto y escaso recurso humano. Este abordaje proactivo permite minimizar el riesgo de transmisión y por ende la presencia de brotes porque persigue negativizar paulatinamente las localidades y convertirlas en áreas libres de larva y pupa de *Aedes*.

Descripción de la práctica:

Las ovitrampas son recipientes pequeños de plástico de color oscuro, que contienen agua y son recubiertos sobre el borde de agua con una papeleta de papel pellón (o entretela) donde los mosquitos hembra ponen sus huevos. Las ovitrampas aprovechan el hecho de que *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus* grávidas ponen sus huevos en recipientes artificiales.

Las ovitrampas se colocan 4 en cada grupo de nueve manzanas. Se identifica la ubicación ideal basado en ese criterio y se buscan las cuatro casas de manera que estas queden centralmente distribuidas en el polígono de 300 x 300 metros.

Una condición fundamental es la disponibilidad del habitante de la casa para tener la ovitrampa y recibir visitas semanales. También importante es el acompañamiento de los gobiernos locales y el Ministerio de Salud para la colocación de las ovitrampas en las comunidades por la seriedad y la confianza que se le proyecta a la población.

La ovitrampa se revisa semanalmente: se hace el conteo, se coloca un papel nuevo, y se llena con agua, idealmente del chorro, para evitar que contenga algún tipo de larvicida.

La lectura se hace por un voluntario capacitado acompañado por un técnico o, en una variación, por el mismo habitante de la casa. El técnico, además de acompañar y capacitar al voluntario o habitante, sirve como el enlace para el flujo de información entre el esfuerzo comunitario y el programa de control de vectores de los Ministerios de Salud. La confección de materiales didácticos amigables es importante para que los habitantes de casa voluntarios aprendan de manera inmediata los diferentes procesos que conlleva la tenencia de una ovitrampa en su vivienda. Una variación desarrollada por el proyecto CAZ es empoderar los moradores de casa para leer y reportar resultados semanales de la lectura. Este reportaje se hace vía mensaje de “chat” e incluye en el grupo de chat de otros moradores de casa en la comunidad.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y control de las arbovirosis en Centroamérica.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

⁵¹ Focks, Dana. “A Review of Entomological Sampling Methods and Indicators for Dengue Vectors.” World Health Organization, 2003, www.who.int/iris/handle/10665/68575.

⁵² Codeço, Claudia T., et al. “Surveillance of *Aedes aegypti*: Comparison of House Index with Four Alternative Traps.” PLOS Neglected Tropical Diseases, vol. 9, no. 2, 10 Feb. 2015, doi:10.1371/journal.pntd.0003475.

El técnico suele tener conocimientos en entomología, epidemiología y comunicación social (uno o varios de esos campos). En algunas circunstancias, el técnico tiene su base de operaciones en el programa de vectores al nivel local o dentro de la unidad de salud. El voluntario comunitario es la persona que pertenece a la comunidad, vive en la comunidad y sin retribución dineraria hace acciones que van desde lectura de ovitrampas, encuestas, visitas domiciliarias y participa en reuniones municipales o distritales.

Semanalmente, el personal del programa de vectores o voluntario o morador suele vaciar el agua, remueve el papel, cuenta los huevecillos, guarda el papel para control de calidad de la cuenta de huevos. Los voluntarios comunitarios, adicionalmente, promueven prácticas de control de vectores como la Untadita⁵³, Velita y medidas de prevención.

Tanto ZICORE como CAZ usan un sistema geo referencial. Los voluntarios ingresan información geo-referenciada en teléfonos inteligentes a través de aplicaciones bajo un procedimiento supervisado por los técnicos, y les sirven también los mismos voluntarios en sus visitas a casa para saber cuál era la condición anterior. Por ejemplo, las casas con ovitrampas están visibles en mapas y están expresadas en colores de acuerdo a las visitas domiciliarias que se han efectuado dentro de la Estrategia Comunitaria (ECZ): verdes (casas que voluntariamente abrieron su casa), naranjadas (viviendas pendientes de visita), rojas (casas renuentes, no aceptan la visita domiciliar).

La información de la producción de huevos se usa semanalmente para enfocar actividades de control en los grupos de viviendas de nueve manzanas (polígonos de 30 x30) dicho en otras palabras aquellos cuadrantes de 9 manzanas que se ubican por encima del percentil 90 de acuerdo con el conteo de huevos. Los voluntarios que andan en las comunidades con sus teléfonos inteligentes pueden visualizar los mapas con el nivel de riesgo codificado por colores. Esta información (junto con la EDP donde la ejecuta) genera información para realizar salas de situación comunitarias y posteriormente intervenciones operativas (semanales) de prevención y control en los cuadrantes de mayor riesgo (según el percentil 90).

El acompañamiento por los gobiernos locales y el Ministerio de Salud fue de vital importancia para la colocación de las ovitrampas en las comunidades por la seriedad y la confianza que se le proyectó a la población. También, fue importante el trabajo realizado en conjunto, entre los gobiernos locales, Ministerio de Salud y la sociedad civil para dar una respuesta articulada y en donde cada institución tenía un rol definido que cumplir según el riesgo entomológico detectado por la ovitrampa en la comunidad.

Herramientas claves:

Protocolo de Vigilancia Entomológica por Ovitrampas (VEO): Describe todo desde el proceso entre seleccionar, preparar, ubicar, monitorear las ovitrampas, hasta anotar e interpretar los resultados para la toma de acciones operativas en forma semanal.

Teléfono inteligente

Aplicación de teléfono celular para introducir información de la ubicación de la casa que tiene una ovitrampa y el conteo de huevecillos (ArcGIS Collector o Kobo o similar tales como GeoODK, QGIS, y EpiCollector).

Sistema informática que permite el análisis espacial y la generación de mapas con ubicación de ovitrampas y niveles de riesgo (ArcGIS Online, QGIS u otro sistema de análisis espacial similar)



Ilustración 21: Voluntario de la Cruz Roja contando la cantidad de huevos capturados en una de las ovitrampas de Cuilapa, Guatemala.
Fuente: SSI/AMOS

⁵³Sherman et al. "La Untadita: A procedure for maintaining washbasins and drums free of *Aedes aegypti* based on modification of existing practices". The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 58, no. 2, 1 Feb 1998, pp. 257-262., doi:10.4269/ajtmh.1998.58.257.



Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Al inicio, por el contexto social de violencia, las personas se mostraban desconfiadas de permitir el acceso a sus viviendas.	Se procuró siempre ir acompañados de personal de salud, personal de las alcaldías o de los líderes de las comunidades.
La capacitación y formación para desarrollar todo el proceso de vigilancia de las ovitrampas por el voluntario del hogar.	Al inicio se desarrollaron talleres municipales en donde se reunían las personas en la unidad de salud o en las alcaldías y no funcionó, debido a la dificultad del desplazamiento desde las comunidades. Es así como se adoptó la estrategia de realizar sesiones demostrativas domiciliarias, es decir, se visitaba casa por casa usando una ficha metodológica para garantizar que el voluntario entendiera y lograra realizar todos los pasos necesarios para la vigilancia de la ovitrampa.
La sostenibilidad del sistema de vigilancia basado en ovitrampas.	<p>La verdadera estrategia de sostenibilidad consiste en el empoderamiento y el grado de compromiso que se logró con las alcaldías y con los miembros de las comunidades, los cuales manifiestan que lo seguirán realizando el sistema ya que es de beneficio para sus propias familias y vecinos.</p> <p>Se han realizado con los gobiernos locales algunas alianzas para que el sistema siga funcionando después de que los proyectos finalicen, también garantizando el apoyo de los camiones recolectores de basura y temas de logística.</p> <p>El empoderamiento de los moradores de casa de leer y mantener la ovitrampa da mayor sostenibilidad.</p> <p>Además de los recursos humanos, el único insumo es el papel pellón y para esto, si no está disponible, se puede sustituir con papel toalla.</p>



FICHA 6.3 – Fortalecimiento de la red comunitaria para promover la vigilancia entomológica comunitaria

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Fortalecimiento de la red comunitaria a través de la formación y capacitación de Brigadistas de Salud Voluntarios de la Red Comunitaria para promover la vigilancia entomológica comunitaria en sus comunidades, incluyendo la participación de miembros de las familias.

Justificación:

Tradicionalmente, los Programas Nacionales de Control Vectorial de los Ministerios de Salud han sido los responsables de la vigilancia del vector *Aedes aegypti*, a través de sus diferentes actividades rutinarias como las encuestas entomológicas, captura de mosquitos adultos, uso de ovitrampas y, han impulsado acciones de control del vector a través de las visitas domiciliarias para aplicación de Temephos, el desarrollo de campañas de eliminación de criaderos y el rociado de insecticida intra y peridomiciliario.

Es importante mencionar que dentro de estas estrategias no ha habido priorización de la educación preventiva y participación activa de miembros de las familias en actividades de prevención.

Durante las visitas institucionales se reportan altos números de casas cerradas y de renuencia del hogar para que ingrese el inspector de salud. También el factor de inseguridad ciudadana en la comunidad limita el ingreso del personal de salud a la comunidad. Todas estas determinantes reducen la efectividad del programa en cuanto a su impacto en la vigilancia y control del vector.

Se han documentado varias experiencias que han atribuido el éxito de sus intervenciones a la movilización comunitaria, entre las cuales destacan México[i], Vietnam[ii], Cuba[iii] [iv] [v], India[vi], Nicaragua[vii] [viii] [ix] [x] [xi], en donde las comunidades han implementado métodos que van desde el control biológico del vector utilizando peces y copépodos, hasta la implementación de estrategias de comunicación social y de promoción de la salud que fomentan medidas de control físico de los focos productores del vector. aunque han sido de pequeña escala, han logrado reducir los índices de infestación entomológica y sugieren que es posible implementar estos nuevos paradigmas para la prevención y el control del dengue.

El Proyecto Comunitario de Prevención de Zika que desarrolló SSI/AMOS plantea un enfoque complementario de vigilancia entomológica y de control del vector *Aedes aegypti*, en donde la comunidad asume un rol protagónico en la producción de evidencia local, la evaluación de riesgo entomológico y la acción preventiva. En ese sentido el proyecto promovió la creación de Brigadas de Salud Comunitarias (grupos de personas voluntarias locales) que desarrollaron un proceso de vigilancia entomológica en sus comunidades, basado en la colecta periódica (semanal, quincenal, mensual) de las formas inmaduras de mosquitos en su fase acuática a través de revisiones entomológicas en las casas, quienes produjeron su propia información de riesgo entomológico, construyendo índices de infestación de larvas y/o pupas de *Aedes aegypti* como el Índice de Vivienda. También han identificado y han clasificado viviendas con mayor riesgo entomológico, aquellas que se encontraron positivas a pupas.

Durante estas visitas se promueve un diálogo horizontal entre brigadista de salud y el hogar, haciendo énfasis en la promoción de acciones de control del vector sin depender de insecticidas, la evidencia encontrada en los hogares (larvas/pupas) producto de la revisión entomológica, el cual potencia la acción del hogar.

Todas estas actividades antes del proyecto eran realizadas solamente por el personal del programa nacional de control de vectores del Ministerio de Salud.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y control de las arbovirosis en Centroamérica.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

Descripción de la práctica:

Las Brigadas de Salud Comunitarias surgieron en su mayoría de un censo poblacional realizado por personal del proyecto, donde se preguntó ¿Alguien de esta casa le gustaría ser brigadista voluntario de salud? Se realizaron reuniones con las personas que respondieron afirmativamente para presentarles los objetivos del proyecto y así se formaron las primeras Brigadas de Salud Comunitarias.

Las brigadas se fueron formando progresivamente. La coordinación del personal del proyecto con el liderazgo de los barrios facilitó el desarrollo de reuniones a nivel de las cuadras/manzanas. En estas reuniones se compartió información con los vecinos sobre las actividades a desarrollar por el proyecto, motivándolos a participar como Brigadistas de Salud en su tiempo disponible. El único requisito para ser brigadista de salud fue tener la voluntad de ayudar a mejorar la salud de su comunidad.

Al mes de mayo de 2019 se habían conformado 45 Brigadas de Salud, con personas residentes de las comunidades donde se desarrolla el proyecto, con una composición diversa en cuanto a sexo, edad y nivel académico. Participaron un total de 506 brigadistas, un promedio de 11 brigadistas por brigada, con variación desde 7 a 16.

Las Brigadas de Salud Comunitarias desarrollaron un proceso de vigilancia entomológica en sus comunidades, basado en la colecta periódica (semanal, quincenal, mensual) de las formas inmaduras de mosquitos en su fase acuática a través de revisiones entomológicas en visitas casa a casa.

Durante las visitas, cada brigadista en conjunto con los moradores hizo revisión entomológica de recipientes con agua dentro y fuera de la vivienda y, juntos, desarrollaron un diálogo sobre el ciclo de vida del mosquito y posibles acciones específicas para interrumpirlo y evitar nuevas poblaciones de adultos.



Ilustración 22: Brigadistas de Salud socializando la evidencia entomológica en visitas domiciliarias en Nicaragua. Fuente: SSI/AMOS



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cada Brigadista acompañó de manera sistemática a un grupo de aproximadamente 15 hogares de un sector específico de su comunidad (una manzana).

Cada Brigada de Salud se reunió después de realizar su trabajo de campo (semanal, quincenal, mensual) para socializar sus experiencias vividas en los hogares y analizar los datos que ellos mismos recopilaban para discutir sobre la situación entomológica de sus comunidades, evaluando así su trabajo hecho y planificando nuevas actividades para futuras visitas. Las Brigadas de Salud compartían sus datos con las unidades de salud locales.

Las Brigadas de Salud Comunitaria también promovieron jornadas de higiene y limpieza, ferias de salud informativas, asambleas comunitarias, actividades en las escuelas. Estas actividades son coordinadas con el liderazgo de los barrios.

Este proceso de movilización comunitaria inició con el acompañamiento de una facilitadora del proyecto, quien acompañó un área de intervención específica (unas 1,000 viviendas, con aproximadamente 5,000 personas). Una facilitadora promovió la conformación, capacitación y movilización de Brigadas Comunitarias.

Herramientas claves:

El proyecto equipó a todas las Brigadas de Salud: cada brigadista se le entregó una camiseta con una leyenda que decía, "Soy Brigadista de Salud Comunitaria" y el Ciclo de Vida del mosquito en la parte de la espalda. También a cada brigadista se le entregó una palangana, un larvero con malla fina para capturar las larvas y pupas, una pipeta Pasteur utilizada para capturar larvas y pupas en huecos o axilas de árboles, una lámpara de mano y una libreta con lápiz para anotar la condición entomológica de los hogares.

Una entomóloga del Proyecto capacitó a las facilitadoras comunitarias (personal pagado del proyecto), las cuales capacitaron a las Brigadas de Salud sobre Técnicas de Inspección Entomológica, basado en el Manual de Inspección Entomológico que utiliza el Ministerio de Salud y sobre técnicas de captura de larvas y pupas. Por último, se les capacitó sobre cómo recopilar la información, a través de un formato denominado Formato de Registro Entomológico Comunitario (REC). Se les capacitó sobre cómo construir los índices de infestación de viviendas y cómo recopilar información de los recipientes más productivos de larvas y/o pupas, así como identificar los puntos clave de la comunidad (lugares de mayor riesgo entomológico).

El proyecto diseñó materiales de comunicación, como son los rotafolios que utilizan los Brigadistas durante la visita a los hogares. Estos contienen los mensajes claves de prevención de Zika y control del vector y, de esta manera se estandariza la comunicación de los mensajes.

Variante en Honduras por el proyecto Nuestra Salud:

La política de atención primaria promovida por la Secretaría de Salud de Honduras establece que el éxito de la respuesta comunitaria depende en gran medida de cumplir un proceso dinámico en el que un grupo de personas con habilidades complementarias, acceden a recursos de atención y prevención necesarios para mejorar las condiciones de salud de la comunidad, a través del aprendizaje y la participación.

En un diagnóstico de actores comunitarios claves del año 2016, el proyecto Nuestra Salud identificó la presencia en barrios de 5 municipios, ciudadanos capacitados en varios ámbitos de la salud, específicamente en actividades de vigilancia y prevención de enfermedades transmisibles endémicas y epidémicas, entre ellas las infecciones por transmisión sexual incluyendo el VIH, la tuberculosis, además de las enfermedades inmunoprevenibles y otras como el dengue y el Chikungunya.

A inicios de 2017, el proyecto Nuestra Salud inicia un proceso de desarrollo sostenido de la red comunitaria de salud con el objetivo de organizar y capacitar a 1,250 Colaboradores Voluntarios adscritos a la gestión local de salud de 50 establecimientos de la red de servicios de salud (E.S.) del primer nivel de atención.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemala



Cruz Roja
SALVADOREÑA

Mientras la Secretaría de Salud definía y aceptaba el uso de métodos y herramientas de capacitación sobre Zika a diferentes audiencias comunitarias, el proyecto aplicó entre abril de 2017 y marzo 2018 un método alterno de entrenamiento modular dirigido a la red de Colaboradores Voluntarios recién organizada. Durante 6 meses, en sesiones de 6 horas cada una, se aplicaron los 5 módulos de enseñanza sobre aspectos etiológicos de la enfermedad, conocimientos sobre riesgos y daños a población vulnerable.

Esta red se reúne mensualmente en el Centro de Salud junto con personal del Centro incluyendo el programa de Control de Vectores y otras fuerzas vivas de la comunidad con el propósito de analizar la información epidemiológica y entomológica disponible y hacer planes apropiados.



Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
<p>Los acontecimientos de violencia por la crisis política social en Nicaragua en 2018 generaron un impacto considerable en la cohesión social, un aspecto vital del proyecto. Se generó post trauma en el personal del proyecto y Brigadistas de Salud. Se rompieron relaciones entre las familias de cuadra/manzanas. El proyecto detuvo actividades de campo por un período de 5 meses.</p>	<p>Desarrollamos talleres de desahogo y de apoyo psicosocial (fueron espacios para escucharnos entre nosotros mismos). Inicialmente fueron dirigidos hacia el personal del proyecto y luego participaron Brigadistas y familias.</p> <p>Realizamos dos encuentros motivacionales para Brigadistas de Salud, para fortalecer la autoestima colectiva.</p> <p>Arrancamos el trabajo de campo invitando a todos los Brigadistas, aunque algunos pensemos de formas diferentes.</p>
<p>Baja participación de los residentes de las comunidades como brigadistas voluntarios</p>	<p>El personal del proyecto ajustó las actividades (capacitaciones, visitas de casa en casa y acción comunitaria) a la disponibilidad de tiempo de los Brigadistas de Salud.</p>
<p>Casas positivas con larvas y/o pupas de manera reincidente. El brigadista o voluntario comunitario se frustra cuando se presenta esta condición.</p>	<p>El problema se expone ante toda la brigada para buscar solución de manera colectiva.</p> <p>Una forma que ha funcionado es cambiar al brigadista que atiende esa casa.</p> <p>El/la brigadista se hace acompañar con el liderazgo de la comunidad para abordar el hogar reincidente.</p>
<p>“Puntos clave” de mayor riesgo entomológico como son los talleres de mecánica, lugares de reciclaje, fábricas, etc.</p>	<p>En estos casos la Brigada o voluntario comunitario, junto con el liderazgo del barrio, busca a las autoridades de salud, quienes realizan una notificación por escrito para hacer la acción correctiva y aplican la ley de salud.</p>
<p>Baja calidad de la técnica de revisión entomológica de parte de algunos brigadistas. Aquellos que no encuentran criaderos en las casas.</p>	<p>Brigadistas con mayores destrezas en la técnica de revisión entomológica acompañan a brigadistas que presentan debilidades (Capacitación entre pares).</p>



Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Rechazo del hogar a la visita del Brigadista de Salud, voluntario comunitario o técnico del programa de vectores porque el hogar expresa que ya pasó el MINSA abatizando sus recipientes.	<p>El brigadista muestra a los hogares renuentes, larvas y pupas encontradas en las viviendas vecinas de la cuadra, teniendo el cuidado de no revelar donde se encontró el criadero.</p> <p>El brigadista explica el ciclo de vida del mosquito <i>Aedes aegypti</i> y señala que el abate no mata la pupa.</p> <p>Expresa al hogar que le permita compartir de cómo buscar y eliminar criaderos de zancudos en su casa.</p>
Dependencia de los Brigadistas hacia las facilitadoras del proyecto.	<p>Se hizo rotación de facilitadoras entre áreas de intervención, para no generar apego de la brigada hacia la facilitadora.</p> <p>Surgieron nuevos liderazgos, brigadistas asumieron rol de facilitadoras en la coordinación del trabajo de campo, motivaron a la brigada para hacer acción colectiva, sistematizaron, evaluaron la evidencia local y planificaron nuevas actividades.</p>
Sin cobertura completa por número insuficiente de Brigadistas.	<p>Cada brigadista o técnico del programa de control de vectores activo tiene la responsabilidad directa de acompañar entre 15 a 20 hogares.</p> <p>En aquellos hogares que no son atendidos por un brigadista o técnico específico, la brigada planificó visitas masivas en dichos hogares, para brindar la mayor cobertura de la intervención.</p>
Casas Cerradas.	<p>Es una ventaja que los brigadistas son de la propia comunidad y conocen las condiciones del barrio. Familias que trabajan o estudian.</p> <p>Aquellas familias que no permanecen en sus hogares, se les visita el fin de semana. El brigadista o voluntario comunitario se ajusta al horario de los hogares.</p>
Brigadistas con limitada capacidad de expresión en público. Expresaron nervios o inseguridad ante los hogares.	<p>Primeramente, se realizaron prácticas de comunicación entre los integrantes de la brigada, como presentaciones al hogar a través de socio dramas, dinámicas para practicar el uso del rotafolio.</p> <p>Durante las visitas a los hogares se formaron parejas, para darse seguridad entre sí y apoyarse mutuamente.</p>



Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
<p>Hogares con personas de carácter fuerte y barrios con inseguridad ciudadana.</p>	<p>Coordinar con líderes comunitarios que apoyan la seguridad del brigadista.</p> <p>Organizarlos en pareja para mayor confianza y protección de los brigadistas.</p>
<p>Hogares que no tienen la capacidad de hacer acción preventiva por sí mismos, por alguna enfermedad, discapacidad o personas adultos mayores.</p>	<p>Se coordinó con los vecinos y el liderazgo del barrio para apoyar de manera solidaria la acción preventiva en estos hogares.</p>
<p>Poca comunicación entre vecinos.</p>	<p>Un estudio de barreras realizado por ICS/AMOS demostró que un hogar que se comunica con su vecino tiene el doble de probabilidad de ser un "hogar hacedor" que realiza acciones preventivas.</p> <p>Las reuniones de cuadra/manzana que promueven los brigadistas (grupos de cuidado) han sido un espacio para generar la comunicación y confianza entre vecinos y ha facilitado la entrada de los brigadistas en los hogares.</p> <p>En Guatemala, los COCODES (Concejos Comunitarios de Desarrollo), facilitan la comunicación entre vecinos.</p>



FICHA 6.4 – Visitas sistemáticas y repetidas a los hogares para revisar posibles criaderos y comunicar sobre los riesgos

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Visitas sistemáticas y repetidas a los hogares para revisar posibles criaderos y comunicar riesgos

Justificación:

Varios estudios han demostrado que la visita domiciliar para educar y para revisar la casa para criaderos potenciales o actuales es efectiva en la reducción de índices de infestación, así como en la reducción los casos de dengue.^{54,55} Un estudio de México usando la estrategia de “Patio Limpio” encontró que los hogares no visitados y evaluados por un activador en bloque, tenían un riesgo 2-4 veces mayor de desarrollar dengue, en comparación con aquellos que habían sido entrenados y supervisados por un activador.⁵⁶

Descripción de la práctica:

La práctica tiene varios elementos:

- Definición de objetivos de la visita y los comportamientos para promover
- Planificación incluyendo selección de las casas para visitar
- Identificación, capacitación y acompañamiento del personal para hacer las visitas
- Desarrollo de materiales y ayudas para apoyar el personal en las visitas
- Conducción de la visita
- Registro y análisis de los resultados

Objetivos de la visita y los comportamientos para promover

Los objetivos de la visita son de educación y revisión de la casa y se enfoca en tres temas: el control físico del vector, los signos y síntomas de Zika, dengue y Chikungunya, y la adopción de comportamientos efectivos de prevenirlos (incluye el compromiso escrito y firmado por parte del morador).

Los proyectos con la ayuda de la asistencia técnica de USAID, representantes de los países y socios ejecutores identificaron siete comportamientos basados en la revisión de más de cien estudios y utilizando criterios de eficacia comprobada, potencial para disminuir la transmisión de Zika a nivel de la población y facilidad de implementación. Los comportamientos identificados se encuentran al final de esta ficha.

Planificación incluyendo selección de casas para visitar

La forma de planificar la visita y la selección de las casas para visitar varía entre proyectos con base en información disponible (la presencia y lectura de ovitrampas en la comunidad) y la organización y modelo del trabajo comunitario. No hay evidencia clara ni de los proyectos ni de la literatura sobre la frecuencia de visitas necesaria para tener impacto. En el Viet Nam se hizo a todas las casas una visita una vez al mes y, en Centroamérica los proyectos apoyados por USAID generalmente optaron por visitas cada dos semanas o cada mes, según la disponibilidad de recursos.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y el control de las arbovirosis en Centroamérica.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

⁵⁴ Kay, Brian, and Vu Sinh Nam. “New Strategy against *Aedes aegypti* in Vietnam.” *The Lancet*, vol. 365, no. 9459, 12 Feb. 2005, pp. 613–617., doi:10.1016/s0140-6736(05)17913-6.

⁵⁵ Andersson, Neil, et al. “Evidence Based Community Mobilization for Dengue Prevention in Nicaragua and Mexico (Camino Verde, the Green Way): Cluster Randomized Controlled Trial.” *Bmj*, 8 July 2015, doi:10.1136/bmj.h3267.

⁵⁶ Tapia-Conyer, Roberto, et al. “Community Participation in the Prevention and Control of Dengue: the Patio Limpio Strategy in Mexico.” *Paediatrics and International Child Health*, Maney Publishing, May 2012, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381439/. Vanlerberghe, V, et al. “Community Involvement in Dengue Vector Control: Cluster Randomised Trial.” *Bmj*, vol. 338, no. jun09 1, 9 June 2009, doi:10.1136/bmj.b1959.

Las casas para visitar se definen de tres maneras:

1. Todas las casas, periódica y repetidamente (SSI/AMOS)

En el caso del proyecto SSI/AMOS, colaboradores voluntarios hacen visitas repetidas y sistemáticas a todas las casas habitadas en la comunidad. Cada voluntario se encarga de unas 10 a 15 casas de forma permanente.

2. Todas las casas inicialmente y con seguimiento basado en hallazgos de la visita inicial (Estrategia Comunitaria ZICORE)

En cuanto a la Estrategia Comunitaria ZICORE, hay una visita inicial a todas las casas (100%) con visitas subsecuentes basadas en el riesgo y determinadas por la presencia de larva o pupa (mediano y alto riesgo respectivamente). Los voluntarios visitan las casas hasta que se encuentren libres de larva o pupa. Para asegurar que no se hayan infestado nuevamente, las casas libres de criaderos son visitadas basadas en una selección aleatoria 20-40 casas semanalmente. El proyecto ZICORE coloca una pegatina o sticker verde en las afueras de las casas señalando que la casa está libre de criaderos de mosquitos. El proyecto enfoca sus esfuerzos a en negativizar el 100% de casas, espacios públicos y centros escolares.

3. Casas de riesgo identificado con base en la lectura de ovitrampas o conocimiento de la comunidad (CAZ, Nuestra Salud, ZICORE)

En el caso de Nuestra Salud, las casas a visitar son seleccionadas por las autoridades de salud quienes basan su decisión en las lecturas de las ovitrampas en Tegucigalpa y San Pedro Sula y en la consulta con la red de voluntarios, como también con la Mesa Intersectorial Local en otras comunidades. En base a esto, se hace la programación. La participación del voluntariado comunitario es especialmente importante en el caso de las casas reuertes de recibir visitas.



Ilustración 23: Voluntaria comunitaria de Dulce Nombre de María, compartiendo mensajes de la prevención de Zika, El Salvador. Fuente: MCDI

Identificación, capacitación y acompañamiento del personal para hacer las visitas

Las visitas a las casas son realizadas por un voluntario comunitario, en algunos casos, acompañado por un técnico del proyecto o de una institución del estado y en otros casos no. Durante todo el proceso, las autoridades municipales y/o de salud son informadas de las actividades y frecuentemente participan en las visitas.

Los voluntarios son personas residentes en las mismas comunidades que ofrecen parte de su tiempo y su energía para realizar actividades de prevención y control de riesgos a la salud de la población. La experiencia de SSI/AMOS indica que no se puede esperar que un voluntario ofrezca más de cuatro horas por semana sin recibir un estipendio o incentivo. Generalmente, los voluntarios son personas que han jugado este papel antes o que se ofrecen para hacerlo. En Honduras y Nicaragua, están organizados en redes y se reúnen para consultas y tomas de decisión.

Los voluntarios reciben capacitación en los siguientes temas: control físico del vector y otras medidas de prevención, desarrollo de capacidades esenciales de comunicación para el cambio de comportamiento, signos y síntomas, vigilancia epidemiológica comunitaria, liderazgo puesto en práctica en las sesiones de diálogo comunitario, y gerencia y negociación de proyectos comunitarios de salud. Existen módulos de capacitación para este proceso.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Desarrollo de materiales y ayudas para apoyar el personal en las visitas

Para hacer el trabajo de comunicación interpersonal lo más eficiente posible, las clases de ayudas son:

- Ayudas que orientan a seleccionar las casas a visitar
- Materiales que apoyan la comunicación interpersonal sobre prácticas efectivas
- Materiales que apoyan las actividades escolares
- Aplicaciones móviles y otras herramientas que registran los resultados de las visitas

Ejemplos de las ayudas aparecen a continuación en la sección de herramientas. Lo que es cierto es que todos los materiales gráficos usados primero recibieron el aval de las autoridades correspondientes del país donde estaban destinados para su uso. Asimismo, todos se sometieron a una validación con el usuario.

Conducción de la visita

La visita inicial suele tomar un promedio de 30 minutos, mientras que las visitas posteriores se realizan en un promedio de 10 minutos cada una.

El primer paso siempre es tener acceso a la casa. Los aspectos que facilitan el acceso son la presencia del Colaborador Voluntario de la misma comunidad, el personal de la Cruz Roja con sus chalecos de identificación, la presencia de promotores de salud o técnicos de los servicios de salud plenamente identificados con sus chalecos, carnet de identificación y el uso de un uniforme.

Donde hay problemas de inseguridad, los proyectos han identificado personas de las mismas comunidades que saben navegar en el ambiente y/o coordinar con ellos como agentes voluntarios comunitarios para realizar las actividades de comunicación social a nivel domiciliar.

Una vez logrado el acceso a la vivienda, se pide permiso para hacer una revisión sistemática de la casa en compañía de un miembro del hogar cuya participación se promueve. Durante las visitas domiciliarias, el personal voluntario promueve la participación de las personas que habitan en la vivienda, a las cuales se les muestra cómo identificar criaderos o potenciales criaderos de mosquitos y se les motiva a tomar acciones comunitarias para eliminarlos basadas en el ciclo de vida del mosquito. Los Brigadistas de SSI/AMOS suelen llevar una bolsita plástica con larva y pupa y preguntan si el habitante ha visto algo similar en su casa.

También se enfocan en educar sobre los comportamientos que reducen el número de criaderos en la vivienda. Incluye el uso de la "Untadita", una pasta preparada con cloro y detergente en partes iguales que se usa para lavar regularmente las paredes de pilas u tanques que almacenan el agua⁵⁷ con una técnica específica de cepillado. Además, se promueven las acciones de eliminar, voltear o tapar otros recipientes (V.E.Li.Ta.).

En la conversación con los habitantes durante la visita, también discuten sobre los signos y síntomas del Zika, así como del dengue y Chikungunya y, se refiere a las formas de transmisión del Zika y las acciones que se deben tomar para prevenir la infección, incluyendo el uso del condón para la prevención de la transmisión sexual del Zika. La visita termina haciendo acuerdos negociados (compromiso) con los residentes de la casa de acciones que proponen tomar para reducir riesgos.

Registro y análisis de los resultados

En el caso de los proyectos ZICORE y CAZ los voluntarios ingresan en un teléfono inteligente los resultados de su visita usando o ArcGIS Collector o Kobo. Se usan tableros de control que representan gráficamente los resultados semanales de los componentes del proyecto. De esa manera, la información se convierte en acciones focalizadas, en donde podrán aportar los diferentes actores claves según sus posibilidades, recursos y capacidades. Entre la información que brindan las tablas, se encuentran el sistema de información geo-referencial, el estatus de infestación de cada casa visitada (verde, amarillo o rojo) y los voluntarios y técnicos hacen referencia a ellas para volver a hacer las visitas.

También, se reúnen regularmente con los voluntarios y técnicos para revisar resultados y hacer planes.

⁵⁷ Sherman et al. "La Untadita: A procedure for maintaining washbasins and drums free of *Aedes aegypti* based on modification of existing practices". The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 58, no. 2, 1 Feb 1998, pp. 257-262., doi:10.4269/ajtmh.1998.58.257.

Herramientas:

Matriz de Comportamientos con Mayor Potencial para la Prevención del Zika (véase el [Anexo 4](#))

Módulos de Capacitación

Entre las ayudas que orientan las visitas son los registros electrónicos que utiliza el proyecto ZICORE para registrar estado de infestación de cada casa que visita y CAZ y ZICORE para registrar el resultado de la lectura semanal de las ovitrampas donde existan. Estos registros están disponibles a los voluntarios y sus acompañantes técnicos cuando entran a la comunidad y pueden ver en el caso de ZICORE que casas han visitado y cuales requieren una revisita hasta que estén libre de criaderos y en el caso de las ovitrampas que manzana requiere esfuerzos educativos.

También son útiles para orientar a los voluntarios sobre las pegatinas (stickers) utilizados por ZICORE y CAZ en la pared de la casa que indican que la casa fuera libre de criaderos de mosquitos en la última visita.

Entre las ayudas que apoyan la comunicación interpersonal, figuran ayudas electrónicas y visuales.

Ejemplos de las ayudas están disponibles en <https://www.zikacommunicationnetwork.org/latest-materials>

Entre las ayudas visuales que utilizan los comunicadores son:

- Dibujo del ciclo de vida de Aedes
- Afiche de síntomas de Zika, dengue y Chikunguya
- Afiche de formas de transmisión de Zika
- Afiche de medios para prevenir la transmisión de Zika
- Afiche de control vectorial (V.E.Li.Ta.)
- Afiche de cepilla de recipientes

Entre las ayudas que apoyan las actividades escolares figuran:

- Guía del maestro para actividades escolares (ZICORE)
- Juego de memoria para estudiantes
- Rayuela Prevención de Zika
- Comic "Jugando en equipo eliminamos el mosquito"

La información pasa a una base de datos que permite alimentar los reportes y permite disponer de información para toma de decisiones de la coordinación del proyecto en el país.



Ilustración 24: Estudiantes presentan sus maquetas de la comunidad en un centro educativo en Honduras. Fuente: Global Communities



Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
<p>Dado el alto nivel de inseguridad en muchas de las comunidades, a veces no se obtiene acceso a las viviendas.</p>	<p>La presencia del Colaborador Voluntario de la misma comunidad, el personal de la Cruz Roja con sus chalecos de identificación, la presencia de promotores de salud o técnicos de los servicios de salud plenamente identificados con sus chalecos, carnet de identificación y el uso de un uniforme facilitan el acceso. Se logra el acceso a las viviendas en la mayoría de los casos.</p>
<p>Casas Renuentes o aquellas que se niegan a participar.</p>	<p>ZICORE observó que en la medida que participa voluntario comunitario las personas renuentes tienden a participar en un 100%.</p>
<p>Casas Cerradas o Casas dormitorios.</p>	<p>Se observó que parte de la población usa la vivienda solo para dormir (trabajan fuera). La estrategia es hacer las visitas de noche o fines de semana con alto grado de éxito.</p>
<p>Casas abandonadas.</p>	<p>Se requiere la participación de la autoridad municipal, policía nacional civil, juzgado de paz a fin de eliminar y perforar las pilas que son fuentes de criaderos.</p>



FICHA 6.5 – Educación sobre la prevención de las arbovirosis en centros educativos

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Estrategia de Intervención Educativa para la prevención del Zika en Centros Escolares (ZICORE)

Justificación:

La estrategia está diseñada para que tanto docentes como estudiantes puedan aprender y enseñar a otros miembros de la comunidad educativa las acciones pertinentes de promoción, prevención y control de las arbovirosis. Al potenciar las capacidades y fortalecer las destrezas de la comunidad educativa (docentes y alumnos), se espera evidenciar, a largo plazo, un cambio de comportamiento a través de las prácticas educativas efectivas; convirtiéndolos así en agentes de cambio tanto en los centros educativos como en sus comunidades.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y el control de las arbovirosis en Centroamérica.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

La institución educativa se convierte en la base del cambio de comportamiento de la localidad, ya que se promueven cambios de comportamiento dentro de la misma y que esas acciones son llevadas al espacio doméstico por los estudiantes, de tal manera que hay una transformación de hábitos y cambios de comportamiento.

Estudios publicados demostrando efectividad de participación comunitaria en el control de las arbovirosis han incluido el involucramiento de centros educativos.^{72,73,74}

Descripción de la práctica:

El primer paso es la coordinación con el Ministerio de Educación al nivel pertinente para conocer los espacios más propicios para introducir temas y las audiencias (maestros, padres de familia y/o alumnos).

En este paso se conoce los materiales y abordajes ya elaborados por parte del Ministerio de Educación y la condición de su ejecución y se acuerdan cuales centros educativos son propicios para la intervención.

Segundo es el desarrollo de materiales educativos. Este paso ha incluido los siguientes elementos:

- Desarrollo curricular dentro del marco del Ministerio de Educación que en el caso de Guatemala incluía la Estrategia de la Escuela Saludable y los contenidos establecidos en el Currículo Nacional Base de Primaria y Secundaria. En Guatemala, Se elaboró cuatro módulos con sus contenidos y materiales:
 - Generalidades del Zika, Dengue, Chikungunya
 - Zika, la enfermedad
 - Sin criaderos no hay zancudos
 - Yo soy autor de mi propio destino

En el caso de El Salvador los contenidos de Dengue, Zika y Chikungunya están incluidos en el Currículo de Ciencias, Salud y Medio Ambiente en Segundo, Tercer Ciclo y Bachillerato.
- Elaboración de material didáctico en el caso de El Salvador
 - Guía Escolar para la prevención del Zika (Módulos: 1 Vocería, 2 el Zancudo, 3 Protección y 4 inspección)
 - Rotafolio de la Guía Escolar
 - Juego Educativo "Combate contra el Zika"
 - Curso virtual para estudiantes
 - Folletos de campaña anti vectorial escolar



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Sigue varios de los siguientes pasos:

- Diálogo y acuerdo con el director del centro educativo sobre los pasos a seguir que puede incluir el nombramiento de un maestro como enlace.
- Capacitación de directores y docentes de los niveles de primero, segundo y tercer ciclo y bachillerato de acuerdo a la estrategia acordada y los acuerdos con el Ministerio de Educación y el Director del Centro Educativo.
- Formación de comité de Prevención y control del Zika del Centro Escolar.
- Capacitación a estudiantes de los niveles de primero, segundo y tercer ciclo y bachillerato.
- Capacitación a padres de familia de los estudiantes de los niveles de primero, segundo y tercer ciclo y bachillerato
- Práctica de los conocimientos aprendidos, que el estudiante y el docente sean los actores principales en la realización de tareas en casa, comunidad y centro educativo con sentido de responsabilidad para evitar la propagación del virus Zika.
- Promoción de la participación de la comunidad educativa en las acciones de promoción, prevención y control del Zika como apoyo a las instituciones de salud locales.
- Fortalecimiento de la comunicación entre la comunidad y las instituciones locales (Centro de salud y Municipalidad) para mantener el desarrollo de las actividades de promoción, prevención, y control del Zika.

Herramientas:

- Plan estratégico educativo del proyecto respuesta comunitaria al Zika (ZICORE) que incluye currículo
- Guía del maestro para actividades educativas estudiantiles de Zika de ZICORE
- Juego de memoria para estudiantes
- Rotafolio de la guía escolar
- Trípticos, hojas volantes, comics
- Afiches y banner de visibilización del proyecto
- Folleto de campaña anti vectorial para escuelas
- Curso virtual

Link donde se puede encontrar el repositorio de materiales de CAZ de Save the Children en El Salvador:
<https://savethechildrenzika.org/elsalvador/>

Muchos de los materiales están disponibles en <https://www.zikacommunicationnetwork.org/latest-materials>.



Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Alto grado de peligrosidad porque en la escuela de una comunidad urbana de El Salvador había miembros de pandillas.	Colaboración con la Cruz Roja Salvadoreña, una ONG que cuenta con la confianza de la comunidad, hizo posible realizar intervenciones en los centros educativos sin mayores problemas.
Alto grado de peligrosidad en algunas escuelas de la zona de intervención urbana y rural de El Salvador donde había miembros de pandillas.	Colaboración con Save the Children, una ONG que cuenta con la confianza de la comunidad hizo posible realizar intervenciones en los centros educativos sin mayores problemas por la aceptación y apertura de la comunidad.
Falta de kits escolares desmotivó el apoyo de los directores de centros educativos.	Se enfocó más en los aspectos de la metodología VELITA (voltar, eliminar, limpiar y tapar) que no requerían mucho material para realizarse, además de la educación sexual.
Difícil involucramiento de los padres de familia en actividades escolares.	Los docentes asignaron a los alumnos tareas domésticas de la metodología VELITA (voltar, eliminar, limpiar y tapar) para llevar a cabo en sus casas, resultando en la sensibilización de padres de familia de manera indirecta. El impacto pudo observarse posteriormente al momento de realizar las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas con los jefes de las viviendas.



FICHA 6.6 – Materiales de comunicación elaborados en base a actividades de investigación acción participativa

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Materiales de comunicación elaborados en base a actividades de investigación acción participativa

Justificación:

La implementación de esta práctica tiene múltiples beneficios que permiten desarrollar materiales de comunicación que rescatan e incluyen el conocimiento local de las personas que habitan en las comunidades, esto permite complementar el conocimiento científico con el conocimiento local para adaptar los mensajes claves que ayuden a controlar el vector, abordando los principales obstáculos que las personas pueden enfrentar al momento de querer adoptar un cambio de comportamiento. Existen múltiples publicaciones que hacen referencia sobre el éxito de estas prácticas.⁵⁸

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y el control de las arbovirosis en Centroamérica.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

Descripción de la práctica:

En el marco de implementación del Proyecto Zika ejecutado por AMOS/ICS en Nicaragua, se realizaron investigaciones participativas en los 34 barrios/sectores periurbanos de Managua que atiende el proyecto. Con el objetivo de conocer cuáles son los determinantes que influyen para que las personas puedan adoptar cambios de comportamiento se desarrollaron estudios de:

- Análisis de barrera y encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), mediante el uso de LQAS⁵⁹ (19 encuestas por cada área de intervención). El proyecto contempla 10 áreas de intervención en total y estuvo basado en censo realizado por el proyecto en el mes de mayo 2017 para identificar/ubicar los grupos prioritarios del proyecto - embarazadas y mujeres en edad fértil. Las encuestas CAP fueron realizadas por todos los socios implementadores de proyectos en Nicaragua (Save The Children, Cruz Roja, ASSIST, AMOS/ICS).
- Estudios entomológicos en época seca e invierno, según normativa del Ministerio de Salud de Nicaragua (recolectó muestra del 10% de las viviendas ubicadas en los barrios/sectores de intervención).
- Estudio controlado sobre el uso de tapaderas (diferentes tipos) para barriles. Los estudios fueron realizados por el personal técnico del proyecto (investigadores, coordinadores y facilitadoras) del proyecto AMOS/ICS.

Los resultados de los estudios permitieron complementar la matriz de mensajes claves para el control del vector compartida por USAID e investigación del proyecto Breakthrough Action. Para el desarrollo de los materiales de comunicación (rotafolios), se realizaron grupos focales (embarazadas, mujeres en edad fértil y jefes/as de familias) así como brigadistas de salud comunitarios (voluntarios) para validar los mensajes claves incluidos en los materiales de comunicación, asegurándose que el lenguaje y las fotografías utilizadas para la promoción de cambios era pertinente según la población objetivo.

Adicionalmente se coordinó con los habitantes de las áreas que se atiende en cuanto a su participación activa en las fotos que se incluía en los materiales de comunicación, esto permitió que las personas se identificaran con los personajes y lugares que mostraba el rotafolio, ayudando en la adopción de los cambios de comportamiento promovidos por el personal del proyecto y brigadistas de salud comunitarios.

⁵⁸ Minkler, M., & Wallerstein, N. (Eds.) (2008). Community-based participatory research for health: From process to outcomes (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass
⁵⁹ "Lot Quality Assurance Survey, An Overview", Powerpoint Presentation, John Snow Incorporated, 2006. http://uphold.jsi.com/Docs/Resources/Conferences/presentation_overview-lqas_2006.pdf

Los materiales de comunicación elaborados (2 rotafolios con 9 planes de lecciones en total) fueron revisados/ aprobados por USAID y Ministerio de Salud de Nicaragua.

Los rotafolios son utilizados para capacitar a los brigadistas de salud y ellos (los brigadistas) lo utilizan para replicar los mensajes claves con las familias (beneficiarios finales). Las capacitaciones de las familias se imparten bajo la metodología de grupos de cuidob (detallada en el plan de 3 del rotafolio dos veces al mes:

- a) **Primero** se realiza una reunión de familias en donde participan de 8 a 12 personas y en un espacio de 2 horas (aproximadamente) el brigadista de salud comparte los mensajes claves basado en una metodología participativa de aprendizaje mutuo (aprendizaje horizontal), en donde todos los participantes comparten sus experiencias y conocimientos acerca del tema que se aborda, se promueven cambios de comportamiento a través de dinámicas y realizamos prácticas sobre cómo adoptar el cambio de comportamiento (ejemplo: Cómo buscar y eliminar criaderos de zancudos semanalmente en sus casas; Cómo cepillar correctamente los recipientes que contienen agua para eliminar los huevos de los zancudos...) se establecen compromisos voluntarios públicos para la puesta en práctica de los comportamientos a mejorar (el brigadista brinda seguimiento a los acuerdos establecidos por los participantes durante las próximas reuniones de familias y en las visitas domiciliarias).
- b) **Segundo** los brigadistas realizan visitas (individuales) domiciliarias en las viviendas de las personas que participan en las reuniones, en donde abordan a más detalle qué obstáculos les impiden adoptar el cambio de comportamiento y en conjunto encuentran posibles soluciones. Cuando se abordan temas relacionados al control del vector, los brigadistas utilizan larvas/pupas (como evidencia local) para desarrollar un diálogo horizontal con las familias y promover acciones individuales y comunitarias para el control del vector.

Herramientas claves:

- Manual de grupos de cuidob para la elaboración de materiales de comunicación
- Guía de comunicación para aumentar percepción de riesgo Communication for Development (comunicación para el desarrollo, o C4D por sus siglas en inglés - Unicef)⁶⁰



Ilustración 25: Explicación del ciclo de vida del *Aedes aegypti* por una Brigadista del Distrito 6, Managua, Nicaragua. Fuente: Global Communities

⁶⁰ UNICEF. Risk Communication and Community Engagement for Zika Virus Prevention and Control: A Guidance and Resource Package for Country Offices for Coordination, Planning, Key Messages and Actions. March 2016



Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
<p>Falta de experiencia en la elaboración de materiales de comunicación.</p>	<p>Se contrataron los servicios de consultores (pioneros) en el desarrollo de materiales de comunicación basados en la metodología de grupos de cuidado, para que capacitara al equipo de SSI/AMOS de desarrollo de materiales.</p> <p>Unicef brindó apoyo adicional, capacitando al personal del proyecto en la metodología de comunicación de C4D⁶¹, para que el enfoque de los mensajes del proyecto SSI/AMOS fuese para el aumento de la percepción de riesgo en las personas.</p>
<p>Definición de mensajes claves para la promoción de cambios de comportamiento enfocadas al control del vector.</p>	<p>USAID Nicaragua ayudó a coordinar con todos los socios implementadores de proyectos, la definición de una matriz unificada que fue presentada al Ministerio de Salud de Nicaragua.</p> <p>Regirnos por la matriz compartida por el proyecto de USAID Breakthrough Action (Acción Innovadora) sobre los 7 mensajes claves a compartir con las familias.</p>
<p>Identificación de habitantes de la comunidad que participaran en la elaboración de los rotafolios.</p>	<p>Adaptarnos al tiempo de las personas que nos brindaban su apoyo voluntario (usualmente en fines de semana)" with "Se adaptó al tiempo de las personas que brindaban su apoyo voluntario al proyecto, usualmente en fines de semana.</p>

⁶¹ Comunicación para el desarrollo, o C4D por sus siglas en inglés.



FICHA 6.7 – Movilización Social en las Campañas Comunitarias de Eliminación de Criaderos

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Movilización Social en las campañas comunitarias de eliminación de criaderos

Justificación:

Las campañas comunitarias de eliminación de criaderos de mosquitos tienen como meta movilizar a la comunidad para la eliminación de criaderos o potenciales criaderos de zancudos en lotes baldíos y espacios colectivos o públicos como llantas que son criaderos de mosquitos o envases plásticos o recipientes inútiles que tengan la capacidad de captar agua de lluvia. Esta actividad es necesaria para complementar los esfuerzos al nivel del hogar. Varios estudios que demuestran la efectividad de la movilización social en la reducción de infestación y, en algunos casos, reducción de la incidencia de las arbovirosis describen estas campañas comunitarias como un elemento de la movilización. El informe sobre buenas prácticas en la prevención y control de dengue en las Américas preparado por la USAID en 2003 también citó campañas comunitarias como un elemento importante en la práctica relacionada con la movilización social de residentes urbanos.⁶²

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y control de las arbovirosis en América Central.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

Descripción de la práctica:

Esta práctica tiene varios elementos que incluyen:

- La organización de la campaña
- La coordinación con autoridades municipales, de salud, de educación y/o sector privado
- La promoción en la comunidad a través de múltiples canales
- La recolecta de los criaderos o potenciales criaderos de zancudos (i.e. llantas, envases plásticos, recipientes inútiles)
- La disposición de los de los criaderos o potenciales criaderos de zancudos (i.e. llantas, envases plásticos, recipientes inútiles)

Organización de la campaña:

La campaña es organizada por el Comité de Salud o su equivalente junto con las autoridades de salud, de educación y del Gobierno Local (al nivel del barrio o comunidad). También, las campañas pueden incluir la policía, las ONGs, Ministerio del Medioambiente y otras fuerzas vivas de la comunidad.

La organización incluye la selección de fecha, la asignación de responsabilidad para coordinar la recolecta y disposición de elementos potenciales para la creación o formación de criaderos con el gobierno municipal o sector privado, la revisión de datos indicativos de los recipientes más productivos de pupas si existe a y las actividades de promoción en la comunidad. En varios países se han hecho las campañas en forma trimestral. En Guatemala las normas municipales exigen a los Gobiernos Municipales de hacer recolecta comunitaria de residuos sólidos por lo menos trimestralmente.

La campaña en sí puede concentrarse en un barrio o vecindario específico donde la información indica que es de alto riesgo (según la vigilancia entomológica o la vigilancia epidemiológica, o sea, "presencia de casos") bien como puede ser dirigida a toda la comunidad. También, puede enfocarse solamente en los espacios públicos y lotes baldíos bien como puede incluir también la eliminación en viviendas. Igualmente, si hay información sobre los recipientes más productivos como resultado de Encuestas de Demografía Pupal, se puede focalizar la acción en recipientes "clave" o aquellos que producen el 80% del total de fases inmaduras (ver la ficha 6.1).

⁶² Lloyd, Linda S. Best Practices for Dengue Prevention and Control in the Americas. Environmental Health Project, 2003, Best Practices for Dengue Prevention and Control in the Americas.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Coordinación con autoridades municipales o sector privado

Dado la cantidad de desechos que requiere eliminación, es necesario contar con camiones de recolecta (trenes de aseo). Generalmente, la responsabilidad de la recolecta y disposición de desechos sólidos es del gobierno municipal que también suele contar con vehículos dedicados para esta actividad. En algunas comunidades se han encontrado también la disponibilidad de vehículos y personal del sector privado. La persona o las personas o instituciones asignadas en el proceso de organización, se comunican con la municipalidad y/o sector privado para asegurar la disponibilidad de los camiones y acordar fechas. Hay experiencias donde la llanta es usada para la construcción de muros ecológicos o es incinerada en hornos utilizados por las cementeras como combustible. Los recipientes plásticos se reciclan o bien se utilizan en la construcción de eco-ladrillos, y el vidrio y lata se recicla. Estos son algunos ejemplos de la adecuada disposición de los desechos recolectados y que son fuentes potenciales de criaderos del mosquito *Aedes aegypti*. Aunque lo recolectado generalmente se deposita en basureros municipales, ha habido unas experiencias muy innovadoras.

En Guatemala, se encontró ingenios que usan las llantas como combustible en sus procesos de refinamiento del azúcar. También, en Guatemala y El Salvador, se hizo talleres sobre maneras de reciclar desechos plásticos para producir objetos artesanales como bancos y mesas como una forma de generación de ingresos para poblaciones en situación de pobreza y en ferias prestaron espacios para la venta de estos productos.

Promoción en la comunidad

Acordada fecha, se utiliza varios medios de comunicación para informar y movilizar la comunidad. Estos incluyen afiches, anuncios en las emisoras locales, perifoneo, anuncios en espacios públicos y comerciales, promoción en las escuelas y a través de los estudiantes a los padres de familia y promoción en reuniones de juntas, patronatos, e iglesias entre otros.

Recolecta y disposición

En el día de la actividad, los moradores ubican en la calle frente a sus casas chatarra y llantas usadas. A la vez voluntarios y estudiantes revisan, recogen y ubican al lado de la calle chatarra y recipientes inservibles de parques, plazas y otros espacios públicos, así como de lotes baldíos. Para esto, la comunidad colabora con escobas, carretas, palas, machetes y otros implementos útiles para el fin. Los voluntarios y personal municipal cargan los camiones con los elementos a eliminar. El proyecto ZICORE reporta que entre octubre 2017 y septiembre 2018 recogieron 195 toneladas de 17 comunidades, un promedio de más de 10 toneladas por comunidad. CAZ reporta que 49,282 personas participaron de 284 comunidades en campañas de eliminación de criaderos, un promedio de 273 personas por comunidad.

Herramientas claves:

- Camiones
- Carretas, escobas y otras herramientas de limpieza y transporte de desechos



Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Falta de colaboración de la autoridad municipal.	Es necesario discutir este tema con el Concejo Municipal de Desarrollo y el Concejo comunitario de Desarrollo.
Falta de trenes de aseo municipales.	Incentivar a la población y autoridades a recolectar la basura en forma ordenada, sistemática y educada.
Incineración de llantas o eliminación en los vertederos municipales.	Las cementeras tienen hornos de alta calidad para su incineración. Usar como elementos decorativos, usar en muros de contención entre otros.
Eliminación de envases plásticos en el vertedero municipal.	Enviar a recicladoras, vender productos artesanales reciclados y crear un fondo que permita y amplíe la actividad.
Eliminación de envases plásticos, aluminio en el vertedero municipal.	Enviar a recicladoras, vender productos artesanales reciclados y crear un fondo que permita y amplíe la actividad.
Falta de elementos o envases en las calles de la comunidad para disposición de la basura.	Es necesario instalar basureros cubierto y clasificar la basura en los espacios públicos a fin de promover la adecuada disposición de la misma.



FICHA 6.8 – La participación comunitaria en la coordinación multisectorial de la respuesta comunitaria al Zika y otras arbovirosis

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

La participación comunitaria en la coordinación multisectorial de la respuesta comunitaria al Zika y otras arbovirosis

Justificación:

Central para todos los esfuerzos descritos en el documento “Elementos Esenciales para la Prevención y Control de los Arbovirus basadas en la Comunidad” de la cual esta ficha forma un anexo, ha sido la creación o utilización de espacios para la participación efectiva de la comunidad en la coordinación multisectorial. Todos los proyectos cuyas experiencias forman la base para esta y las otras buenas prácticas de prevención y control de las arbovirosis basada en la comunidad han utilizado los espacios disponibles para fortalecer los lazos de coordinación entre las instancias formales responsables para la higiene público y la comunidad organizada. Además, las políticas públicas reconocen al enfoque intersectorial como un objetivo y práctica necesaria para lograr la cobertura y la eficiencia necesaria de los servicios de salud y ambiente a nivel nacional, subnacional y local. Este concepto aplica al propósito de la participación social en salud que los miembros de una comunidad organizada se comprometen individual o colectivamente a desarrollar la capacidad de asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y actuar para buscar soluciones.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y control de las arbovirosis en América Central.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

Tal coordinación es uno de los cuatro pilares de la Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030 de la OMS. En este documento la OMS nota, “Las comunidades desempeñan un papel fundamental en el éxito y la sostenibilidad del control de vectores, y son claves para lograr estos objetivos. Si bien en el control de vectores es necesaria la coordinación entre muchas partes interesadas, el control de vectores depende especialmente del aprovechamiento de los conocimientos y las aptitudes de las comunidades. La participación y la movilización de la comunidad exigen trabajar con los habitantes locales para mejorar el control de vectores y desarrollar la resiliencia contra futuros brotes epidémicos de la enfermedad. Cuando se adoptan enfoques comunitarios participativos adecuados, las comunidades tienen el apoyo necesario para responsabilizarse del control de vectores y ejecutarlo. Los enfoques participativos comunitarios pretenden que los comportamientos saludables formen parte del tejido social y que las comunidades hagan suyo el control de vectores tanto a nivel intradomiciliario como a nivel peridomiciliario.”⁶³

Descripción de la práctica:

Objetivo de la Coordinación Inter- y Intra-Sectorial

El objetivo es proveer el espacio donde la comunidad organizada puede participar plenamente en el análisis de la situación de salud en su comunidad, especialmente la de las arbovirosis; aportar al diseño de planes e intervenciones; asumir compromisos junto con otros integrantes de las instancias de coordinación; y participar en el proceso de rendición de cuentas en el seguimiento de acuerdos. Esta práctica intenta consolidar una respuesta comunitaria basada en la amplia participación social y reconoce que este se cumple desde la demanda de la población organizada; más allá de intervenciones de control del vector, la comunidad se organiza para ser parte de decisiones locales basadas en evidencia entre ellas la comunicación para cambio de comportamiento, y la vigilancia local de vigilancia y control de riesgos.

⁶³ Respuesta Mundial para el Control de Vectores, 2017-2030, (Versión 5.4), Documento de contexto para informar las deliberaciones de la Asamblea Mundial de la Salud en su 70.ª reunión”, Organización Mundial de la Salud, 2017.

Identificación de la(s) instancia(s) de Coordinación

La práctica requiere identificar las varias instancias existentes para la coordinación que varían de país en país dependiendo en su forma de organización y la asignación de roles y responsabilidades entre los ministerios de salud, gobernación y medioambiente y los gobiernos municipales, así como el grado que instancias de coordinación submunicipal están normadas. En unos países, como es el caso de Honduras, hay mesas intersectoriales de salud establecidos por el mismo Ministerio de Salud que operan a nivel de cada centro de salud. Estas mesas están lideradas por el director del Centro de Salud y conformado por los voluntarios de salud, los Directores de Centros Educativos, las ONG presentes en la comunidad y otras fuerzas vivas. En otros países, como es el ejemplo de Guatemala, existen por ley las Mesas Intersectoriales donde hay representantes de todos los ministerios al nivel municipal y que son convocadas y coordinadas por el alcalde municipal. En Guatemala estas mismas Mesas tienen una expresión al nivel comunitaria en los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE), conformadas y lideradas por miembros de la comunidad misma y reconocidas por el gobierno municipal. En El Salvador, existen las Asociaciones de Desarrollo Comunal (ADESCOS) que son entes de organización de la comunidad para promover el desarrollo a nivel comunal. Trabajan junto a la alcaldía para la promoción e implementación de proyectos que beneficien a la comunidad y mejoren sus condiciones de vida, en áreas tales como salud, educación, agua o infraestructuras. Están formados por un máximo de 25 representantes, convocan asambleas comunitarias para discutir asuntos públicos y las necesidades de los ciudadanos, y median entre ciudadanos y autoridades. Estas instancias de participación están reconocidas por el Código Municipal de El Salvador y se han extendido por el país a nivel local.



Ilustración 26: Proyecto Nuestra Salud, Evaluación y planificación de actividades en la mesa intersectorial local, CIS, El Carrizal, Comayagüela, Honduras.
Fuente: Global Communities

El proceso de coordinación

Las instancias de coordinación al nivel local están, por lo general, convocados por un representante del gobierno, o municipal o de salud misma. Un aspecto importante es de fijar y respetar la regularidad de las reuniones que por lo general son mensuales. Es su responsabilidad también de fijar la agenda, solicitando aportes de los integrantes, de coordinar la reunión y de aportar datos de la vigilancia entomológica y epidemiológica. Como parte de la coordinación, asegura que todos tienen la oportunidad de aportar y conduce donde posible hacia un consenso en cuanto a las acciones para tomar.

En Guatemala, se encontró unos ingenios que usan las llantas como combustible en sus procesos de refinamiento del azúcar. También, en Guatemala, se hizo talleres sobre maneras de reciclar plásticos desechos y en ferias prestaron espacios para la venta de estos productos.



Actividades adicionales

Entre otras las varias necesidades y oportunidades que puede surgir son:

- acompañar el personal comunitario en sus acciones tales como las visitas domiciliarias.
- gestión de contribuciones de otras instituciones de desarrollo local para la ejecución de actividades comunitarias.
- facilitación de relaciones con las instancias de coordinación superiores (municipales o sectoriales) cuando se demanda mayor apoyo para las actividades de control de vectores en la comunidad.

Herramientas claves:

Modelo de salud familiar y comunitario en el primer nivel de atención

- Capacitación continua basada en procesos prácticos de enseñanza-aprendizaje
- Lista de verificación de participación de Mesas Intersectoriales Locales (MIL) en sesiones periódicas y en actividades de prevención y control en la comunidad

Retos encontrados y formas halladas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Incidencia política en la organización y funcionamiento de las Mesas Intersectoriales Locales.	Integración de MISL al servicio de salud y a las sesiones de diálogo comunitario.
Enfoque vertical de la respuesta a Zika y otras arbovirosis por el equipo local de salud.	Capacitación del equipo de establecimientos de salud en el enfoque intersectorial basado en la comunidad.



FICHA 6.9 – Fomento y Desarrollo de Comités de Salud

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Fomento y Desarrollo de Comités de Salud

Justificación:

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978 se ha reconocido que “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.”⁶⁴ Esta misma declaración incluye

el siguiente elemento en su definición de la atención primaria en salud:

exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar

Central para todos los esfuerzos de coordinación multisectoriales descritos en la Ficha 6.8 “La participación comunitaria en la coordinación multisectorial de la respuesta comunitaria al Zika y otras arbovirosis”, es el concepto de la comunidad organizada. Esta comunidad organizada no sirve solamente para hacer la coordinación con las instancias de gobierno municipal y el ministerio de salud, sino que también sirve para organizar y movilizar las acciones de la comunidad que representa.

Descripción de la práctica:

Los Comités de Salud toman un carácter distinto en cada país. En Honduras, el Comité de Salud se transformó en la Mesa Intersectorial de Salud como descrito en la Ficha 6.8. En El Salvador, el socio ejecutor Save the Children ha dedicado tiempo y esfuerzo para la creación y fortalecimiento de los Comités de Salud u otros tipos de organización.

Proceso de arrancar con los comités.

Conocer donde hay necesidad de un Comité

En este paso se hace las consultas necesarias con las instancias al nivel local, los Concejos Locales de Desarrollo o su equivalente y con el Centro de Salud que sirve la comunidad para saber si ya existe un Comité que representa la población, especialmente en las comunidades de mayor riesgo. Esta consulta se extiende a los voluntarios de salud que son de conocimiento de la unidad de salud que sirve la comunidad.

Convocar una asamblea de residentes para el nombramiento del Comité

Una vez identificada la necesidad, se procede a convocar la población en general o a los voluntarios de salud a una asamblea para el nombramiento de las personas que formarán parte del Comité de Salud. También, una vez formado, se presenta el Comité a la Asamblea de residentes.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y control de las arbovirosis en América Central.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.

⁶⁴Declaración de Alma-Ata; Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MCDI
MEDICAL CARE DEVELOPMENT INTERNATIONAL



Cruz Roja
Guatemalteca



Cruz Roja
SALVADOREÑA

Capacitación del Comité

Este paso tiene dos elementos básicos que son la elaboración de material didáctico para el Comité y voluntarios de salud en general y el proceso de capacitación en sí.

En El Salvador, los materiales para los Comités incluían:

- Protocolo Comunitario
 - Módulo 1
 - A. Organizándonos en comunidad para prevenir el Zika
 - B. Fortaleciendo los conocimientos del comité y voluntariado
 - Módulo 2. Hablemos del Zika
 - Módulo 3: Comité y voluntariado en acción
 - Módulo 4: Vigilancia comunitaria, notificación y seguimiento de Casos Sospechosos
- Rotafolio de apoyo al Protocolo Comunitario
- Cartas Didácticas con metodológicas participativas
- Afiches, folletos, trípticos, tarjetas

Todos los proyectos han desarrollado un proceso de capacitación con sus materiales y metodologías. En el caso del proyecto CAZ en El Salvador, la capacitación se ajusta a la disponibilidad de tiempo de los voluntarios y es modular. Hay elementos comunes para todos los voluntarios y CAZ tiene un módulo adicional para miembros de los Comités de Salud enfocado sobre la organización y función del comité mismo. Se usa metodologías participativas en la capacitación de los Comités que incluye la práctica de los conocimientos aprendidos, que el voluntario realice tareas en casa, comunidad y apoya en los centros educativos con sentido de responsabilidad para evitar la propagación del virus Zika. En el caso de los proyectos SSI/AMOS y Nuestra Salud, la capacitación es lograda sobre un periodo prolongado, hasta por un año en el caso de Nuestra Salud y varios meses en el caso de SSI/AMOS. La capacitación de un grupo de 10-12 voluntarios ocurre durante una hora y media cada dos semanas. En esta hora y media introduce una lección, desplazan a la casa de uno de los voluntarios donde otro practica impartir la lección aprendida, y todos reflexionan juntos sobre la experiencia.

La responsabilidad para la capacitación del Comité de Salud descansa en el Promotor de Salud responsable del área geográfica del Comité y se puede aprovechar de los recursos técnicos y financieros de cualquier proyecto que opera en la comunidad.

Funcionamiento del Comité

El comité cuenta con el acompañamiento del promotor de salud del Centro de Salud correspondiente. Es el promotor quien coordina con el presidente del Comité el calendario de reuniones y que participa, al grado posible, en sus reuniones.

El Comité tiene, entre otras, las siguientes funciones:

- Capacitar a los líderes y lideresas en temas de prevención y control del zancudo transmisor de las arbovirosis.
- Promover la participación de la comunidad en las acciones de promoción, prevención y control del Zika como apoyo a las instituciones de salud, alcaldía y protección civil locales.
- Fortalecer de la comunicación entre la comunidad y las instituciones locales (Centro de Salud y Municipalidad) para mantener el desarrollo de las actividades de promoción, prevención y control del Zika.
- Referir a los centros de salud más cercanos a quienes presenten posibles síntomas de Zika, Dengue y Chikungunya para que puedan ser diagnosticadas.
- Evaluar el impacto de las acciones realizadas en la comunidad.
- Dar seguimiento a los casos positivos de Zika especialmente si se trata de mujeres embarazadas.
- Acciones complementarias:
 - ferias de salud
 - asambleas comunitarias para la prevención y control del Zika y otras arbovirosis
 - actividades de campañas antivectoriales comunitarias
 - organización y promoción de jornadas de eliminación comunitaria de criaderos (véase Ficha 6.7 "Campañas comunitarias de eliminación de criaderos")
 - incorporación de campañas antivectoriales a nivel del municipio y nacional



Herramientas claves:

Las siguientes herramientas están disponibles y se pueden encontrar en <https://savethechildrenzika.org/elsalvador/>:

- Plan Comunitario de Prevención y Control de Zika
- Protocolo Comunitario para la prevención y control del virus Zika
- Trípticos de prevención y control del virus Zika
- Afiches de prevención y control del virus Zika
- Folletos de prevención y control del virus Zika
- Fichas de comportamientos Prioritarios para prevenir el Zika (Guía de bolsillo para voluntarios)
- Tarjetas de Prevención de Zika

Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Disponibilidad de miembros del Comité durante horas laborales del personal de salud.	Reconocimiento de tiempo compensatorio para que personal puede hacer visitas los fines de semana o en el tiempo cuando los miembros están disponibles.
Falta de incentivos para miembros de los Comités.	Privilegiar a ellos y sus familiares en la atención en los centros de salud y hospitales.



FICHA 6.10 – Sesiones de Diálogo Comunitario

Proceso de sistematización de la experiencia de la participación comunitaria para la prevención y el control de Zika

Ficha de Buenas Prácticas

Nombre de la práctica:

Sesión de Diálogo Comunitario (SDC)

Justificación:

La participación comunitaria va más allá de organizar la comunidad para ejecutar acciones específicas en respuesta a un problema de salud en particular. La construcción de “comunidades saludables” se visualiza como un proceso continuo de gestión del conocimiento mediante el diálogo continuo del servicio local de salud y ambiente con la población, a fin de motivarlos a organizar y ser parte de una respuesta de base comunitaria de prevención y control de riesgos asociados a problemas de salud entre estos las enfermedades transmitidas por vectores. La renovada política de Atención Primaria en Salud (APS) define el diálogo en salud como una herramienta de aprendizaje y evaluación de intervenciones comunitarias de promoción, prevención y control de factores que determinan el estado de salud de la población, entre otros la conducta del individuo y de la familia, las condiciones ambientales, y la cobertura y calidad de los servicios de agua y saneamiento.

En el año 2015, Global Communities promovió la Sesión de Dialogo Comunitario (SDC) como herramienta de promoción del cambio de prácticas comunitarias en el control de la epidemia de Ébola en Angola; de esta experiencia exitosa nace la idea de incorporarlo a la propuesta del Proyecto Nuestra Salud: Involucrando a la comunidad en la respuesta al Zika en Honduras 2016-2019”.

El componente de educación y comunicación social del Proyecto Nuestra Salud (en adelante el proyecto), precisa a la SDC como el escenario propicio de información en salud y ambiente generador del intercambio de opinión y experiencias comunitarias, y de mejoras de relaciones de confianza de la comunidad y sus organizaciones de base social con el servicio local de salud y ambiente.

Descripción de la práctica:

La SDC es convocada por el personal de salud y el Comité de Salud que sirve la comunidad. Las SDC se realizan en un centro comunitario, centro escolar, salón de una iglesia o de un proyecto de desarrollo social o en la sede de un establecimiento de salud del primer nivel de atención en un tiempo de dos horas máximo y con promedio de asistencia entre 25 y 30 personas, entre vecinos del barrio, miembros de organizaciones de base comunitaria, líderes y voluntarios de salud y ambiente, y ciudadanos vinculados con programas sociales del Gobierno de Honduras.

La sesión inicia con la actualización de la situación Zika y otras arbovirosis, seguido de la revisión de datos de producción de actividades de prevención y control de riesgos del trimestre anterior. En ocasiones, el equipo técnico local de salud repasa otros temas de interés colectivo, entre estos la promoción de campañas de vacunación de la población vulnerable a enfermedades inmunoprevenibles, información de prevención y atención de infecciones por transmisión sexual y de otros problemas de salud de notificación obligatoria. La SDC finaliza con la identificación de nuevas actividades trimestrales de prevención y control de riesgos dirigidos la comunidad organizada. Respondiendo al mandato institucional, a partir de febrero 2019 las SDC priorizan la revisión y definición de actividades a favor del control de la vigente epidemia de dengue.

Universo de Aplicación

Son prácticas asociadas con la respuesta basada en la comunidad para la prevención y control de las arbovirosis en América Central.

Definición de Buena Práctica

Una buena práctica es un abordaje o estrategia que se demuestra que tiene éxito en la prevención y/o de control de arbovirosis y que sea replicable en futuras intervenciones.



Variante de ZICORE - Salas Situacionales Comunitarias

En Guatemala, ZICORE facilitó la creación de las Salas Situacionales Comunitarias. Estas Salas Situacionales son espacios físicos donde se reúne personal del Centro de Salud, del Programa de Enfermedades de Transmisión Vectorial y los voluntarios comunitarios. En estas reuniones semanales, se analiza la información proveniente de las ovitrampas en la comunidad (véanse la Ficha 6.2 – Vigilancia Entomológica con Ovitrapas) y de la Encuesta de Demografía Pupal (Ficha 6.1 – Encuesta de Demografía Pupal) así como el resultado de las visitas al hogar (Ficha 6.4 – Visitas a los Hogares). Como resultado de este análisis, toman decisiones en cuanto a enfocar actividades. Mensualmente se manda un informe al Ministerio sobre los resultados en los análisis del mes anterior.

Supuestos Claves:

- El éxito en la implementación de las SDC depende del grado de compromiso en establecer relaciones sostenidas del equipo técnico local de salud y la comunidad organizada.
- La definición de una agenda para el desarrollo de la sesión posibilita la obtención de productos concretos, entre estos la planificación de acciones. La información epidemiológica y entomológica compartida de manera sencilla con la comunidad es fundamental para la generación del debate y la definición de actividades efectivas de prevención y control de arbovirosis en la comunidad.
- Para lograr comunidades comprometidas, se hace necesario que las sesiones de diálogo tengan consistencia; la frecuencia con la que la comunidad debe reunirse debe ser recomendada por el equipo de salud, dependiendo de la situación epidemiológica.

Herramientas claves:

- Recursos de promoción de la comunicación eficaz de mensajes potenciales de prevención y control de riesgos por Zika y otras arbovirosis en la comunidad.
- Perfil de riesgo por Zika y otras arbovirosis en la comunidad basado en mapa local de infestación por *Aedes aegypti*

Retos encontrados y formas de superarlos:

Retos encontrados en aplicar o implementar la buena práctica	Formas halladas de superar los retos
Reducido recurso humano en los equipos locales de salud.	Capacitación continua de las redes de colaboradores voluntarios, empoderados de la planificación y ejecución de esta actividad en su comunidad.
Actividades relevantes de la Secretaría de Salud de Honduras (Jornada de Vacunación Canina, Jornada Nacional de Vacunación, Semana de Tuberculosis, entre otras) desplazan la relevancia que tiene la sesión de diálogo como una herramienta con la que se puede lograr activar a la comunidad ante cualquier problema de salud prevalente.	Introducción en agenda de otras temáticas/problemas de salud, además de las arbovirosis potenciando la capacidad del diálogo comunitario como una herramienta de participación y activación de la comunidad.