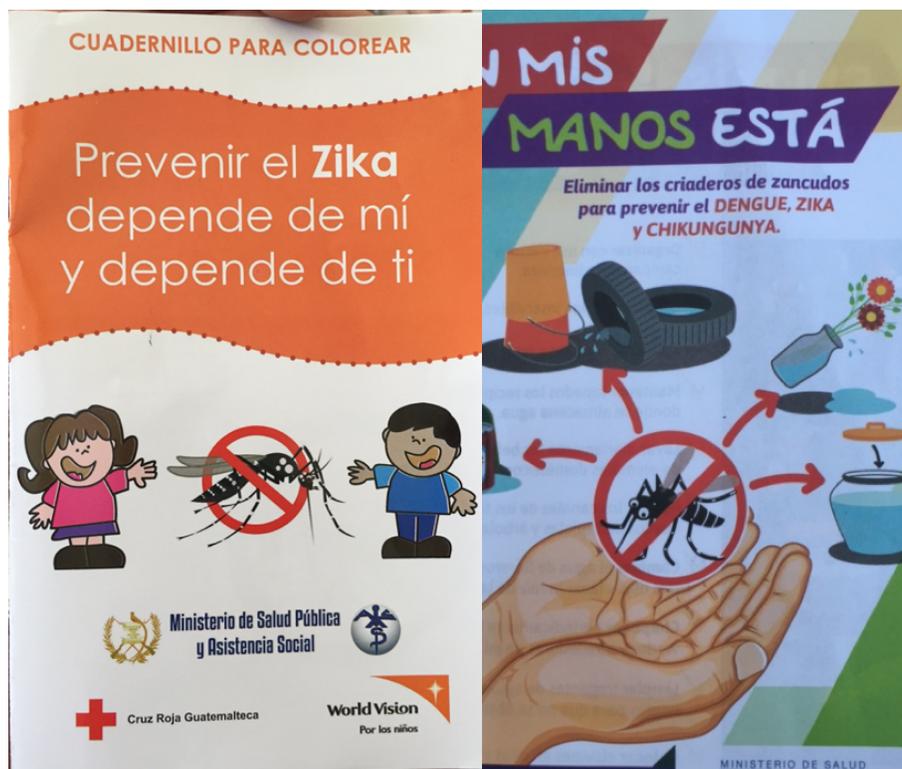

Informe de Resumen del Análisis del Panorama de HC3 Sobre la Coordinación y la Comunicación Respecto del Zika en Cuatro Países: Honduras, El Salvador, República Dominicana y Guatemala Marzo - Abril de 2016



9 de junio de 2016



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

AGRADECIMIENTOS

El programa Health Communication Capacity Collaborative (HC3), financiado por USAID, con sede en el Centro de Programas de Comunicación (Center for Communication Programs, CCP) de Johns Hopkins, desea agradecer a Nan Lewicky, Alice Payne Merritt, Elli Leontsini, Gabrielle Hunter y Pablo Palacios Naranjo por elaborar este informe con contribuciones de Anne Ballard. HC3 también desea agradecer a las Misiones de USAID de Honduras, El Salvador, República Dominicana y Guatemala por su invaluable apoyo y orientación.

El presente informe fue posible gracias al apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (United States Agency for International Development, USAID). Health Communication Capacity Collaborative (HC3) cuenta con el apoyo de la Oficina de Población y Salud Reproductiva, División de Salud Internacional, de conformidad con el Acuerdo Cooperativo # AID-OAA-A-12-00058.

©2016, Universidad Johns Hopkins. Todos los derechos reservados.

ÍNDICE DE CONTENIDO

SIGLAS	4
I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. ESTADÍSTICAS DEL ZIKA.....	6
III. GENERALIDADES SOBRE EL DENGUE, LA CHIKUNGUNYA Y EL ZIKA.....	7
IV. ANALISIS DEL PANORAMA DEL ZIKA: SIMILITUDES ENTRE PAÍSES	8
Mecanismos de coordinación.....	8
Respuesta	8
Percepción del riesgo	9
Desafíos de infraestructuras.....	9
Desafíos del control del vector.....	10
Planificación familiar y salud reproductiva.....	10
Desafíos de laboratorio	11
V. ANALISIS DEL PANORAMA DEL ZIKA: MATICES ENTRE PAÍSES	12
Coordinación y divulgación pública en torno al Zika	12
Control del vector, supervisión y acceso a laboratorios.....	13
Seguridad.....	14
VI. RESÚMENES DE PAÍSES.....	15
Resumen del análisis en Honduras (del 14 al 18 de marzo de 2016)	15
Resumen del análisis en El Salvador (del 4 al 8 de abril de 2016)	17
Resumen del análisis en la República Dominicana (del 11 al 15 de abril de 2016)	18
Resumen del análisis en Guatemala (del 18 al 22 de abril de 2016)	21
VII. RECOMENDACIONES	24
Estrategias de comunicación	24
Investigaciones formativas, monitorización y evaluación	25
Refinar mensajes y plataformas de comunicación	26
Coordinación	28
VIII. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS POR PAÍS	29
Honduras	29
El Salvador	29
República Dominicana	30
Guatemala	30

SIGLAS

APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala
CCP	Centro para Programas de Comunicación de Johns Hopkins
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CENCET	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales de República Dominicana
CPR	Tasa de prevalencia de anticonceptivos
DHS	Encuesta demográfica y de salud
RD	República Dominicana
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
GT	Grupo Técnico
HC3	Health Communication Capacity Collaborative
JICA	Agencia Japonesa de Cooperación Internacional
KAP	Conocimiento, actitudes, prácticas
MINSA	Ministerio de Salud
MOH	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización no gubernamental
OSAR	Observatorio en Salud Reproductiva
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASMO	Asociación Panamericana de Mercadeo Social
PCI	Project Concern International
ARN	Ácido ribonucleico
SBCC	Comunicación para el Cambio Social y del Comportamiento
TSA	Técnicos de salud ambiental
UNAH	Universidad Nacional de Honduras
FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
OMS	Organización Mundial de la Salud
WV	World Vision

I. INTRODUCCIÓN

El zika es una enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, el cual es originario de países de América Latina y Central, y también trasmite el dengue y la chikungunya. El mosquito hembra *Aedes pica* principalmente durante el día y se reproduce en el agua estancada o "limpia" que a menudo se encuentra en recipientes de los hogares de las personas o en torno a ellos. Si bien el virus del Zika no es nuevo, el brote actual es el de mayor envergadura que se haya informado y se propaga muy rápidamente por América. El ochenta por ciento de las personas infectadas con el zika no presenta síntomas. El restante 20 por ciento experimenta síntomas leves bajo la forma de fiebre, sarpullido, dolor en las articulaciones y conjuntivitis.

El brote del Zika coincidió también con un aumento de casos informados del Síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barre Syndrome, SGB) y la microcefalia, dos afecciones neurológicas graves. De acuerdo con las investigaciones realizadas hasta la fecha, existe un consenso científico respecto de que el virus del Zika constituye una causa de la microcefalia y el SGB¹. No existe una cura ni una vacuna para el Zika, de modo que las medidas preventivas se centran en el control del vector y la concientización del riesgo y su reducción para las poblaciones en riesgo.

En respuesta a una solicitud de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (United States Agency for International Development, USAID), Health Communication Capacity Collaborative (HC3), con sede en el Centro de Programas de Comunicación (Center for Communication Programs, CCP) de Johns Hopkins, llevó a cabo un relevamiento sobre comunicación para el cambios social y de conductas (social and behavior change communication, SBCC) sobre el Zika en cuatro países de América Central: Honduras, El Salvador, República Dominicana y Guatemala. A raíz de la naturaleza urgente del Zika, HC3 tomó medidas inmediatas para llevar a cabo las cuatro visitas de relevamiento en marzo y abril de 2016. No se llevaron a cabo prolongados análisis situacionales, sino visitas cortas de observación panorámicas para conocer rápidamente las condiciones sobre la situación del Zika y la respuesta local. Los equipos de dos a tres profesionales de SBCC que llevaron a cabo el relevamiento de SBCC cuentan con experiencia en enfermedades transmitidas por mosquitos, control de vectores del *Aedes Aegypti*, comunicaciones de riesgos, diseño e implementación de estrategias de una gama de comunicación para el cambio social y de conductas, así como también experiencia en el contexto regional de América Central, la planificación familiar/la salud reproductiva y el periodismo.

En el transcurso de una semana en cada país, los equipos de HC3 se reunieron con las partes interesadas pertenecientes a organizaciones públicas no gubernamentales (ONG) y sectores privados. La visita a Honduras tuvo lugar a mediados de marzo, mientras que las visitas a El Salvador, República Dominicana y Guatemala se realizaron después de Semana Santa en abril. Las entrevistas no fueron pormenorizadas en cuanto a cada uno de los grupos intervinientes en el control del Zika, sino que representaron a las partes interesadas más importantes. A pesar del ritmo acelerado de las visitas, surgió un panorama de la situación del Zika. El presente informe constituye la culminación de ese ejercicio de relevamiento. A continuación, se incluyen las observaciones y las impresiones del equipo de HC3, así como también recomendaciones concretas para que USAID tenga en cuenta al formular su estrategia para prestar asistencia a los vecinos del sur en cuanto a la continuación de la lucha contra el Zika y su prevención.

¹ World Health Organization. (2016). *Zika Virus, Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204961/1/zikasitrep_7Apr2016_eng.pdf?ua=1.

II. ESTADÍSTICAS DEL ZIKA

Al 18 de mayo de 2016, treinta y cinco países y territorios de América confirmaron la transmisión local a través de vectores del virus del Zika desde 2015. Recientemente, algunos países presentaron una tendencia descendente de los casos. Sin embargo, dicha tendencia se corresponde con las tendencias descendentes de las enfermedades transmitidas por el *Aedes* en años anteriores durante fluctuaciones estacionales y la "temporada seca". En los países en los cuales el brote comenzó con posterioridad, que incluyen la República Dominicana, la tendencia de casos en abril de 2016 aún se encontraba en aumento o en meseta.

Panorama de los cuatro países Estadísticas del Zika al 18 de mayo de 2016				
	Honduras	El Salvador	República Dominicana	Guatemala
Población	8 millones	6 millones	10,6 millones	15,5 millones
Posibles casos de Zika²	18.417	11.281	1674	915
Casos confirmados de Zika³	2	46	72	261
Tasa de prevalencia de anticonceptivos (métodos modernos)⁴	64 %	68 %	69 %	49 %
Pobreza.⁵	62 %	31 %	41 %	59 %

² Pan American Health Organization/World Health Organization. Accessed 18 May 2016. *Epidemic Diseases - Zika in the Americas*. Retrieved from: http://ais.paho.org/hip/viz/ed_zika_countrymap.asp

³ Pan American Health Organization/World Health Organization. Accessed 18 May 2016. *Epidemic Diseases - Zika in the Americas*. Retrieved from: http://ais.paho.org/hip/viz/ed_zika_countrymap.asp

⁴ PRB Data Finder 2015 for Honduras, El Salvador, Dominican Republic; DHS 2014/15 key Indicators Report for Guatemala.

⁵ The World Bank. *Poverty headcount ratio at national poverty lines (percent of population)*. Retrieved from: <http://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.NAHC>

III. GENERALIDADES SOBRE EL DENGUE, LA CHIKUNGUNYA Y EL ZIKA

Para comprender el panorama del brote de Zika en la región, es importante entenderlo en el contexto de la respuesta permanente e histórica de salud pública al dengue y la chikungunya. Estas tres enfermedades no solo son transmitidas por el mismo vector, sino que también se consideran una crisis de la salud pública. Las tres en conjunto producen una morbilidad y una pérdida de productividad y recursos considerables para la región. En este mismo sentido, la respuesta y el interés de la salud pública internacional con el brote actual del Zika se consideran no solo como una necesidad sino como también una oportunidad para avanzar en la reducción considerable de todas las enfermedades transmitidas por el Aedes.

Los brotes de la fiebre del dengue son un problema permanente y a largo plazo de la región, donde los casos de dengue y fiebre hemorrágica por dengue aumentan y disminuyen de un año al otro, a raíz de varios serotipos del virus en circulación, distintos grados de inmunidad preexistente en la población y controles ineficaces del vector. Solo una parte de los casos informados clínicamente se confirma en el laboratorio porque la cantidad de posibles casos supera la capacidad de diagnóstico de cualquier laboratorio. Muchos de los síntomas y los signos clínicos, cuando se encuentran presentes, se superponen con otras enfermedades febriles, lo cual trae como resultado informes excesivos por parte tanto de los médicos clínicos como del público, mientras que una cantidad elevada de casos leves y asintomáticos resulta en una poca cantidad de informes.

Las autoridades que controlan los vectores y la población en general informan un aumento estacional de todos los tipos de mosquitos durante un período de lluvia e inmediatamente después de este, a raíz de la acumulación de agua en grietas y recipientes desechados, tales como chatarra de distintos tamaños, latas, frascos y neumáticos esparcidos al aire libre. Por otra parte, tanto las autoridades como la población informan una mayor cantidad de mosquitos en los recipientes para almacenamiento de agua dentro del hogar durante períodos más secos a raíz de la escasez de otros hábitats disponibles para el *Aedes aegypti* en esas épocas. En cualquier caso, los varios serotipos del dengue, la persistencia de prácticas de almacenamiento de agua durante todo el año y el control ineficaz del vector posibilitan la existencia de dengue endémico en cada uno de estos cuatro países.

La chikungunya, que recientemente se introdujo en la región, ofrece un panorama muy similar al dengue, pero con las siguientes diferencias de importancia:

1. Falta de inmunidad preexistente y, por lo tanto, una cantidad muy grande de casos.
2. Produce dolor crónico en las articulaciones que persiste mucho después del período febril, lo cual aumenta la gravedad percibida para la población en comparación con el dengue clásico, pero la falta del síndrome hemorrágico o choque reduce la gravedad percibida para el establecimiento de salud pública.
3. La circulación de un único serotipo que otorga una inmunidad de por vida y delimita los brotes de chikungunya con mayor claridad respecto del panorama permanente endémico del dengue.

Los signos y síntomas agudos del Zika son similares al dengue y a la chikungunya clásica con dos diferencias importantes:

1. Mayor presencia de conjuntivitis
2. Menor dolor de las articulaciones

Se puede producir sarpullido tanto con el dengue como con el Zika.

IV. ANALISIS DEL PANORAMA DEL ZIKA: SIMILITUDES ENTRE PAÍSES

Mecanismos de coordinación

En todos los países, el Ministerio de Salud (MS) o el gobierno (Oficina del Presidente en Honduras) se encuentran a la cabeza de los esfuerzos contra el Zika. Las agencias de las Naciones Unidas (ONU) en especial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Emergency Fund, UNICEF), así como también el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) y la Oficina para Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (Office of Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA), intervienen de manera activa guiando y trabajando en cooperación con el gobierno, y fomentando la colaboración entre las partes interesadas. Donantes individuales, tales como la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (Japan International Cooperation Agency, JICA), y ONG que incluyen a la Cruz Roja, World Vision (WV), Plan International, Oxfam y demás, se encuentran implementando sus propias actividades dentro de programas existentes, y también contribuyen con las medidas de cooperación y movilizan recursos adicionales cuando resulta posible.

Respuesta

Como se analizó anteriormente, los cuatro países experimentaron recientes brotes de dengue y chikungunya, y tratan este brote de Zika como las anteriores epidemias transmitidas por *Aedes aegypti*, profundizando y mejorando sus esfuerzos permanentes contra el dengue y la chikungunya. En este contexto, el Zika se considera principalmente un tema de control del vector (eliminación de criaderos del mosquito *Aedes*) con campañas de inspección de casa en casa y de limpieza comunitaria ("jornadas", como se denominan en la región) establecidas como las intervenciones principales. Se usa la fumigación en áreas de incidencia elevada y donde exista un caso positivo identificado de Zika.

Cuando se consultó en cada uno de los países, el protocolo establecido para combatir el dengue y la chikungunya (y en la actualidad el Zika) se lleva a cabo a través de tres vías:

1. Intervenciones periódicas para el control del vector:
 - Eliminación comunitaria de recipientes descartables y control del almacenamiento del agua.
 - Aplicación por intermedio de autoridades de larvicidas en los recipientes para el almacenamiento del agua de las personas y fumigación de adulticidas en exteriores.
2. El control perifocal del vector de posibles casos y casos confirmados:
 - Eliminación por intermedio de autoridades de recipientes descartables en el hogar donde se produce el caso y el del vecino.
 - Aplicación por intermedio de autoridades de larvicidas en los recipientes para el almacenamiento del agua en el lugar donde se produce el caso y en el de los vecinos.
 - Aplicación por intermedio de autoridades de adulticidas espaciales dentro y fuera del hogar donde se produce el caso y en el de los vecinos.
3. Supervisión entomológica periódica proactiva para detectar el grado de infestación con el vector del mosquito *Aedes*, la circulación del virus en mosquitos *Aedes* y la susceptibilidad del vector de *Aedes* a los adulticidas y los larvicidas.

Percepción del riesgo

Al momento de las visitas de relevamiento, la percepción del riesgo en los cuatro países fue baja a raíz de lo siguiente: (1) Aceptación de que las enfermedades transmitidas por mosquitos son inevitables; (2) mayor temor a la mortalidad y la morbilidad del dengue y la chikungunya que del Zika; (3) sensación de que no vale la pena el esfuerzo de ir a la clínica ya que "no hay nada que se pueda hacer"; y (4) ausencia de exposición personal a la microcefalia/el SGB hasta el momento. Por estos motivos, resulta difícil cambiar los comportamientos que se han transformado en la norma, incluso durante los brotes anteriores de *Aedes* de los países. A pesar de la baja percepción de riesgo, todos los países aceptan fomentar la participación activa con eslóganes de campaña que alientan a las personas a colaborar:

- **Honduras:** "Si No Hay Zancudo, No Hay Zika"
- **El Salvador:** "En Mis Manos Está"
- **República Dominicana:** "Salud Somos Todos"
- **Guatemala:** "Depende de Mí, depende de Ti"

Las campañas generales de limpieza y para el hogar son promovidas tanto por el sector gubernamental como por las ONG como parte de los esfuerzos para prevenir el Zika, aunque los comportamientos recomendados de limpieza de recipientes insumen mucha mano de obra y necesitan repetirse con frecuencia, lo que hace que estos comportamientos resulten difíciles de mantener. Constituyen una carga para las mujeres ya sobredimensionadas, que son las principales cuidadoras de todas las intervenciones de salud pública en el hogar. Si bien las campañas generales de limpieza son positivas y fomentan un modo de vida saludable en general, también pueden conducir a mensajes menos enfocados y una "convocatoria" disipada o dispersa. Las personas y los movilizados comunitarios pueden dedicar gran parte del tiempo a recoger basura, lo cual presenta menos probabilidades de eliminar criaderos del *Aedes* (especialmente durante la estación seca), en lugar de limpiar grandes receptáculos de agua que podrían alojar a la mayoría de los huevos y las larvas de los mosquitos. Además, un patio visualmente ordenado puede dar una falsa impresión de que se han limpiado los huevos y las larvas de los recipientes de agua. Algunos materiales de extensión muestran un menú de acciones que las personas deben llevar a cabo para limpiar su patio a fin de prevenir el Zika, incluidos aspectos tales como barrer charcos y hojas de los patios, los cuales no son hábitats en los que el mosquito *Aedes* se reproduciría en gran cantidad. Este es otro punto de ventaja en el cual una SBCC más coordinada y de vanguardia podría aportar un cambio positivo.

Desafíos de infraestructuras

En todos los países, la causa subyacente de la permanencia de las enfermedades transmitidas por el *Aedes* se encuentra vinculada con las limitaciones propias de sistemas de distribución de agua obsoletos e ineficaces, y la escasez endémica del agua. Las sequías estacionales (por ejemplo, la sequía grave que se experimentó en los últimos años) puede exacerbar la escasez del agua. El acceso inadecuado a fuentes de agua garantiza que las personas continúen almacenándola con la frecuencia que puedan, y habitualmente en recipientes a los que pueden acceder los mosquitos. Los esfuerzos por parte de los padres de familia para proteger el agua almacenada no resultan adecuados para evitar que el *Aedes aegypti* deposite huevos dentro de estos recipientes, dado que raras veces las cubiertas son herméticas. Además, las cubiertas parciales pueden aumentar en lugar de reducir el depósito de huevos porque proporcionan protección y sombra para este mosquito adaptado a los recipientes. Si bien el suministro de agua es un problema de infraestructura cuyo cambio puede parecer abrumador para los países, si no se resuelve, resultará imposible erradicar las enfermedades transmitidas por el *Aedes*.

Los funcionarios de salud pública de cada uno de estos países también enfrentan el desafío de la falta de personal y de presupuesto. Esto supone desafíos con la gestión de desperdicios, así como también la

limitación de recursos para el control del vector en sí, por ejemplo, la compra de insecticidas, combustible y transporte, equipo para tareas de extensión y fumigación, y compensación para el personal.

Los sistemas de alcantarillado obstruidos o el alcantarillado a cielo abierto también genera las condiciones ideales para la propagación de los mosquitos *Culex*, la especie que pica durante el atardecer y que, con frecuencia, recibe la mayor atención y aborrecimiento por parte de la población; sin embargo, el *Culex* no es el vector del dengue, la chikungunya ni el virus del Zika. Esta molestia percibida puede generar confusiones respecto del *Aedes* en comparación con los mosquitos *Culex*, no solo por parte de la población sino a menudo por parte de las mismas autoridades cívicas, lo cual redundará en medidas para el control de mosquitos mal direccionadas hacia el tipo de mosquito equivocado.

Desafíos del control del vector

En términos de desafíos del control del vector, los insecticidas no siempre se encuentran disponibles en el punto de uso donde son necesarios, además pueden ser costosos, dañar el medioambiente y su uso prolongado inevitablemente genera resistencia. Además, aparentemente existe un uso permanente de la fumigación, a pesar de las recomendaciones de la OPS en cuanto a su eficacia limitada.

Los comportamientos recomendados de limpieza de recipientes insumen una gran cantidad de mano de obra y deben repetirse con mucha frecuencia, lo cual hace que sean difíciles de sostener. Si bien el personal de control vectorial habitualmente comprende cómo llevar a cabo limpiezas domésticas eficaces, cuando estas habilidades se transmiten de los capacitadores a otros capacitadores, y a su vez a los voluntarios de la comunidad y los miembros de los grupos familiares, las habilidades para llevar a cabo la limpieza correctamente (con un hincapié en los recipientes de agua de gran tamaño y los neumáticos) a menudo se pierde o se interpreta erróneamente. Mientras tanto, los comportamientos más sencillos para llevar a cabo son aquellos correspondientes a limpiezas generales de basura, que pese su equivocación, tienden a ser un enfoque en el discurso de las autoridades y observados en anuncios de televisión.

Planificación familiar y salud reproductiva

A raíz del vínculo asociado entre el Zika y la microcefalia, existe una preocupación considerable respecto del uso y el acceso a la planificación familiar durante este brote, así como también la disponibilidad de servicios de salud reproductiva para mujeres embarazadas. Además, en la actualidad nueve países en todo el mundo han informado (al 18 de mayo de 2016) evidencia de transmisión de una persona a la otra del virus del Zika, probablemente a través de la transmisión sexual.

En términos del uso de la planificación familiar, la República Dominicana (RD) y El Salvador presentan altas tasas de prevalencia de anticonceptivos (contraceptive prevalence rates, CPR) en cuanto los métodos modernos, en un 69 por ciento y 68 por ciento respectivamente, mientras que Honduras posee una CPR de métodos modernos del 64 por ciento y Guatemala del 49 por ciento.⁶ Sin embargo, los cuatro países presentan desafíos en cuanto al acceso en poblaciones específicas, las cuales incluyen a jóvenes y mujeres en áreas con alto grado de violencia y actividad de pandillas, y los migrantes haitianos de RD. El Salvador y Honduras son particularmente violentos. Las clínicas gubernamentales, así como también algunas ONG y miembros del sector privado ofrecen de manera gratuita planificación familiar.

⁶ Fuentes de datos sobre tasas de prevalencia de anticonceptivos modernos: Buscador de datos de la División de Referencia Poblacional (Population Reference Bureau, PRB) de 2015 para Honduras, El Salvador, República Dominicana; Informe sobre indicadores clave para Guatemala de DHS/ENSMI de 2014-15.

No obstante, se mencionaron desabastecimientos en regiones de cada país, principalmente a raíz de desafíos de distribución relacionados con la violencia y obstáculos para el acceso. Guatemala en particular enfrenta el desafío de desabastecimientos nacionales y locales producto del colapso generalizado de una parte considerable del sistema de atención médica primaria en 2014 y una persistente falta de presupuesto en cuanto a la logística de la cadena de suministro. En El Salvador, la República Dominicana y Guatemala en el sector privado, se encuentra disponible anticoncepción de emergencia. En estos cuatro países, el aborto es ilegal como lo es también preponderantemente en toda la región.

La alta tasa de embarazos adolescentes se destacó como preocupación en todos los países, y en El Salvador, estas alcanzan el 30 por ciento. En todos los países, se dispone de preservativos y, en varios países, se los promueve como prevención para enfermedades de transmisión sexual y el VIH. Sin embargo, al momento de las visitas de relevamiento no se abordaba la transmisión sexual del Zika. Además, históricamente la Iglesia Católica local ha tenido una posición desfavorable respecto de la planificación familiar.

En El Salvador y la República Dominicana, el gobierno emitió advertencias públicas de manera temprana ante el brote de Zika a fin de evitar embarazos. En particular y según citas, el Viceministro salvadoreño recomendó a las mujeres plantearse evitar el embarazo por un tiempo máximo de dos años. Esto generó un repudio internacional en relación con los derechos reproductivos. Cabe destacar que, dentro del país, esta observación se considera en mayor medida una directiva improvisada que se indicó durante la fase de respuesta rápida. No obstante, quedaron en evidencia tal vez de un modo más desgarrador los desafíos del acceso de subgrupos a la planificación familiar. En la RD, el Ministerio de Salud Pública (MSP) recomendó a las mujeres plantearse posponer el embarazo durante 2016 y destacó que es una decisión personal e informada. En Honduras y Guatemala, no se emitió ningún tipo de recomendación respecto de la demora de los embarazos en virtud del riesgo del Zika. Al momento de las cuatro visitas de relevamiento, la OMS aún no había emitido ninguna pauta sobre la demora de los embarazos.

Los cuatro países presentan una capacidad limitada para hacer frente a un posible recrudecimiento de la microcefalia y el SGB, lo cual incluye equipo limitado para ultrasonidos, una capacidad limitada para tratamientos y pruebas del SGB, así como también capacidad limitada para ofrecer asistencia a los recién nacidos, asistencia familiar y consejería.

Desafíos de laboratorio

Específicamente, el Zika representa un desafío de diagnóstico dentro del país y en el marco internacional a raíz de: (a) una falta de disponibilidad de reactivos para una enfermedad hasta el momento relativamente desconocida; (b) reactividad cruzada con los anticuerpos del dengue y la chikungunya en inmunoensayos, en los casos en que se cuenta con ellos; (c) breve período de ventana para la detección tanto del anticuerpo como del ácido ribonucleico (ARN) viral, antes y después de los cuales las pruebas de laboratorio no resultan concluyentes. Como resultado, la cantidad de casos confirmados sigue siendo mínima, lo cual genera rumores y falta de confianza hacia las autoridades de salud pública en la prensa local y las redes sociales, así como también en la población e incluso entre los médicos clínicos en ejercicio.

La confianza es un aspecto importante de la SBCC, como lo es también particularmente la comunicación de los riesgos; comprender las fuentes de falta de confianza es un primer paso esencial para desarrollar una estrategia de comunicación de riesgos.

V. ANALISIS DEL PANORAMA DEL ZIKA: MATICES ENTRE PAÍSES

Coordinación y divulgación pública en torno al Zika

Los cuatro países han reconocido y públicamente abordado el virus del Zika en distintos grados, lo cual puede vincularse con la cantidad de casos de Zika informados. Si bien el Salvador fue el primero entre los cuatro en informar el brote actual (fue el tercer país de América después de Brasil y Colombia), los casos informados han llegado a un nivel máximo y, según se indica, en la actualidad presentan una reducción considerable. No queda claro si estas cifras volverán a aumentar una vez que la estación de lluvias se encuentre a pleno. Según lo promocionado por el gobierno, los esfuerzos tempranos fueron un éxito al derrotar la propagación de la enfermedad.

En Honduras, el mismo Presidente es el vocero en funciones de la campaña de prevención del Zika. Sin embargo, la coordinación entre todas las partes interesadas solo comenzó recientemente. Las estadísticas del Zika en Honduras son las más elevadas entre los cuatro países, pero su surgimiento fue lento en parte a raíz de las dificultades con la confirmación en el laboratorio de los posibles casos. En todos los países, el público en general tuvo dificultades para comprender la diferencia entre posibles casos y casos confirmados como consecuencia de estos desafíos.

Durante asambleas en Honduras, las partes interesadas expresaron que el público en general no estaba muy preocupado por el brote, ya que muy pocas personas hasta el momento habían tenido exposición personal a casos positivos. En El Salvador, la ola inicial de Zika parece haber llegado a un punto máximo y los recuerdos de síntomas leves se están disipando. Mucho más preponderante en el recuerdo de las personas fue el reciente brote de chikungunya (2014) y la debilitación recurrente a partir de la exposición a esta enfermedad. En contraposición, en la RD todos parecían conocer a una persona con Zika. No obstante, dado que la cantidad de casos confirmados no es elevada, existe cierta desconfianza de los informes oficiales. Guatemala parecía encontrarse entre dos situaciones: mientras que las partes interesadas técnicas con las cuales se reunió HC3 muestran preocupación de que no haya informes suficientes del Zika en Guatemala, ellas al igual que los medios de comunicación, indicaron que al público en general le importa poco el Zika y estaba más preocupado por la chikungunya. Se ha declarado la emergencia por Zika en todos los países, salvo en Guatemala.

Si bien el gobierno de cada país se pone a la cabeza de las respuestas, la transparencia de sus acciones y planes, así como también la publicación habitual de estadísticas locales, varía ampliamente. En El Salvador, dos mecanismos de coordinación dirigidos por el gobierno se reúnen regularmente: (1) una asamblea gubernamental intersectorial que se lleva a cabo semanalmente y (2) una asamblea mensual que incluye al gobierno, ONG y grupos internacionales y bilaterales con las partes interesadas en general, donde parece haber una alta participación técnica de los socios.

En Guatemala, el Grupo Técnico del *Aedes* dirigido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se reúne internamente todas las semanas y cada quince días con los socios. La coordinación con estos últimos puede ser improvisada. El grupo ha desarrollado un plan integrado para el dengue, la chikungunya y el Zika para el corto plazo (dos meses) y el largo plazo (un año). Los miembros y el discurso del grupo son sumamente técnicos, pero este carece de miembros con la suficiente influencia política para abogar por cambios y modificar acciones en niveles más elevados. Por ejemplo, el grupo no ha podido evadir los considerables trámites burocráticos para aceptar una donación importante de insecticidas. Esto ha traído como resultado una demora de varios meses en el acceso y el uso del insecticida como parte del plan del *Aedes*.

En la República Dominicana, el gobierno lleva a cabo asambleas mensuales: una interna del MSP y la otra con todas las partes interesadas nacionales clave en el centro nacional de respuesta ante emergencias. También se reúne regularmente una mesa redonda sobre comunicaciones convocada por la OPS para la comunidad de ONG y donantes. Sin embargo, las ONG se ven frustradas por la lenta respuesta del MSP en lo relativo a la aprobación de los planes de extensión comunitaria y de comunicación de riesgos individuales y no tienen en claro por qué los casos confirmados son tan pocos, lo que genera un clima de desconfianza y obstaculiza la colaboración.

En Honduras, la coordinación y la transparencia apareció estar menos desarrollada y el gobierno convoca a asambleas improvisadas con distintos socios. No obstante, comprendemos que desde nuestra visita se han llevado a cabo reuniones y colaboraciones más regulares a través del grupo de partes interesadas dirigido por UNICEF.

Tanto los Ministerios de salud de El Salvador como de la RD generan boletines semanales que están a disposición de todos, mientras que en Guatemala las estadísticas semanales se comparten en la asamblea sobre el *Aedes* del Ministerio, y Honduras elabora boletines semanales que están a disposición de agencias internacionales y funcionarios clave del MOH. Honduras y Guatemala han descentralizado los sistemas de salud, lo que hizo que las partes interesadas de Guatemala y Honduras expresaran preocupación de que esto creara incertidumbre respecto de las funciones en términos de control del vector e informes (en el caso de Honduras) y una desconexión entre las pautas técnicas producidas en el nivel nacional y la implementación que tenía lugar en el nivel local o regional. También puede generar un desfase entre la identificación de los casos en el nivel regional y el registro de ellos en el nivel nacional.

Control del vector, supervisión y acceso a laboratorios

Cada uno de los países parece haber identificado el método de su preferencia para el control de lugares de reproducción del mosquito, adaptado a través de años de programas contra el *Aedes*. Sin embargo, HC3 no observa ningún dato reciente sobre el éxito o la aceptación de estos métodos. En Honduras, el método de preferencia para la promoción por parte del gobierno es la limpieza de recipientes de agua (al menos "pilas" o lavabos) con "Untadita" (una combinación de lejía y detergente aplicada directamente a los huevos del mosquito), mientras que en El Salvador, Guatemala y la RD, es más prevalente el uso de larvicidas (Abate[®]). En El Salvador y la RD, también se usa la aplicación de lejía a las paredes del recipiente de agua. En Guatemala, se promovió el fregado de las pilas y los barriles, aunque en un menor grado que la aplicación de larvicidas. El MSP del Salvador está implementado como medida piloto el uso de un pequeño pez ("alevines") en los barriles de agua para controlar a las larvas. Este enfoque ha sido usado con éxito en otros países de América Latina.

El sólido sistema de supervisión de El Salvador (producto de la reforma de la salud) incluye actualizaciones regulares a los medios de comunicación sobre los éxitos recientes en la reducción de los índices de larvas entre regiones y comparte cifras correspondientes a cada región. Los sistemas de Honduras y de la RD también parecen sólidos, aunque ambos indicaron desafíos con la movilización de recursos y la dotación de personal para seguir el ritmo a los brotes actuales. En Guatemala las partes interesadas carecen de confianza en el sistema de supervisión a pesar de las mejoras aplicadas en los meses desde que comenzó el brote de Zika, a raíz de la diligencia de la Unidad Nacional de Epidemiología, que investigó discrepancias en los datos procedentes de los departamentos. El sistema de supervisión se ve obstaculizado por la falta de establecimientos de atención médica. Además, no todos los centros de salud se encuentran subordinados permanentemente al sistema de supervisión. En

los cuatro países, los proveedores privados no cuentan con un acceso sencillo para informar sobre el Zika ni para realizar pruebas para detectarlo.

Todos los países informan llevar a cabo relevamientos de larvas, pero con una frecuencia variable. Por ejemplo, la RD realiza relevamientos tres veces por año y El Salvador aplica con frecuencia controles al azar. En nuestras conversaciones, no hubo una mención específica de los índices de infestaciones. La RD mencionó que aplicaba un índice combinado compuesto por el Índice de vivienda, el Índice de recipientes y el de Breteau. HC3 no obtuvo ningún detalle adicional respecto de a qué índice exacto se remitía cada país, cómo combinan los índices (en el caso de la RD) ni el método de obtención de muestras y el tamaño. Ningún país, con excepción de El Salvador, incluyó ningún dato sobre infestaciones en sus presentaciones ante el equipo de HC3.

La capacidad de los laboratorios varía en los cuatro países y es posible que haya afectado la velocidad en la cual se identificó la epidemia en el país y la regularidad con la cual se divulgaban al público cifras actualizadas. Honduras y El Salvador cuentan con una elevada capacidad de laboratorios técnicos y el personal local ahora se encuentra capacitado y certificado en el procedimiento del laboratorio, aunque tengan reactivos muy limitados para llevar a cabo los análisis.

La RD acaba de obtener capacidad para completar sus propios análisis en abril de 2016, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) planean ofrecer insumos de reactivos. Guatemala posee establecimientos de laboratorios nacionales, pero existe la preocupación de una marcada carencia de informes dado que la tasa de posibles casos es mucho menor que la de otros países. Sin embargo, la proporción de casos confirmados en Guatemala es considerablemente mayor que la de otros países.

Seguridad

La seguridad desempeña un papel importante en el control del vector en todos estos países en cuanto a la violencia y la presencia de pandillas, ya que afecta no solo al acceso del gobierno a las viviendas para realizar fumigaciones e inspecciones de criaderos, sino también para la distribución por parte del MOH de bienes de consumo tales como larvicidas (Abate[®]) y métodos de planificación familiar. En El Salvador, y en Honduras en un menor grado, los problemas de pandillas son graves. En este caso, el MOH depende de la Cruz Roja y las organizaciones religiosas para llevar a cabo la movilización comunitaria, campañas de limpieza y campañas educativas.

En El Salvador, los problemas de pandillas también afectan el acceso a la planificación familiar, el cuidado antenatal y el cuidado postnatal y de los bebés recién nacidos. Por ejemplo, un problema es que las jóvenes controladas por miembros de pandillas no tienen permitido aventurarse fuera de los complejos.

VI. RESÚMENES DE PAÍSES

Resumen del análisis en Honduras (del 14 al 18 de marzo de 2016)

Honduras es un país de América Central de aproximadamente ocho millones de habitantes (Banco Mundial, 2014), y más de dos tercios de la población vive en la pobreza y la mitad padece extrema pobreza (Banco Mundial, 2012). El saneamiento y el suministro de agua varían en gran medida entre las áreas urbanas y rurales. Muchas áreas del cinturón metropolitano de Tegucigalpa están "gobernadas" por pandillas. San Pedro Sula es un área susceptible a las inundaciones y los disturbios civiles, y posee una de las tasas de homicidios más elevadas del mundo, producto del tráfico de drogas. En 2014, el Departamento Nacional de Salud de Honduras se descentralizó. Como consecuencia de este proceso, se desarrollan pautas técnicas nacionales en el nivel nacional pero el control del vector se realiza en el regional. Todos estos factores tienen implicancias para el control del vector.

En Honduras el primer caso de Zika relacionado con el brote actual se informó en diciembre de 2015. Los casos de Zika aumentaron considerablemente en enero de 2016. El 2 de febrero de 2016, el Presidente Hernández declaró una emergencia nacional de salud. Más de la mitad de los casos de Zika supuestamente provenía de San Pedro Sula y muy pocos de Tegucigalpa. Dado que los análisis de laboratorio dentro del país se encontraban limitados a raíz de la escasez de los reactivos necesarios, se efectuaron análisis de Zika en los Estados Unidos, lo cual dio como resultado una demora de los informes. Al momento de la visita de relevamiento, Honduras solo tenía dos casos confirmados de Zika. De acuerdo con las entrevistas de relevamiento, se produjeron durante este período 15 casos del Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y un caso de microcefalia, pero ninguno se atribuyó al Zika.

El uso de la planificación familiar en Honduras es elevado, con aproximadamente el 64 por ciento de CPR (métodos modernos). Los anticonceptivos se encuentran disponibles a través del sector público y privado, las farmacias y las ONG. Desde 2009, el MOH ha experimentado graves limitaciones financieras para la compra de anticonceptivos y, en los últimos años, el FPNU ha brindado al país donaciones de anticonceptivos. Este proceso reduce la corrupción pero toma más tiempo, no cumple con la demanda y ha generado desabastecimientos. La anticoncepción emergencia no es legal.

La respuesta nacional del Zika, conocida como "Comando estratégico contra el Zika", se encuentra coordinada por el Viceministro de Salud de Honduras, el Dr. Francis Contreras, en colaboración con la Oficina del Presidente y el Ministerio de Salud. El Presidente ha estado muy presente en la campaña para luchar contra el Zika y aparece en una serie de anuncios de servicios públicos (Public Service Announcements, PSA) de radio y televisión en los cuales se convoca a campañas intensificadas de limpieza. De acuerdo con el Viceministro, el Comando estratégico incluye una red de colaboradores, tales como la OPS, UNICEF, la Cruz Roja y demás. La estructura de colaboración y el papel de cada organización no resultaron plenamente evidentes al momento de la visita de relevamiento. Desde entonces, sin embargo, HC3 tomó conocimiento de que se ha llevado a cabo una serie de asambleas para coordinar de manera más adecuada a las partes interesadas.

Entre las acciones más importantes que convoca el Comando Estratégico se incluyen:

- **Control comunitario del vector** a través de campañas de limpieza y de la limpieza de grandes contenedores para el almacenamiento de agua (pilas) y barriles, mediante mayores esfuerzos de extensión por parte de los técnicos de salud ambiental o TSA del MOH apostados en cada región de salud y a través de la colaboración en el nivel local con juntas comunitarias ("patronatos"), iglesias, ONG y voluntarios de la comunidad.
- **Concientización del público** a través de una campaña de comunicación proveniente de la oficina del Presidente con el eslogan: "Si No Hay Zancudo, No Hay Zika".
- **Educación sobre movilización social** a través de las escuelas y un programa para que los alumnos participen e informen (y fomenten la limpieza) de eliminación de criaderos en sus hogares.
- **Fumigación por parte de TSA** con adulticidas en los lugares en que se informen posibles casos de Zika, el uso generalizado de larvicidas y controles biológicos aplicando *Bacillus thuringiensis israelensis* (BTI) en los recipientes para el almacenamiento del agua.

Al momento de la visita de relevamiento en marzo de 2016, no se anunciaron muchos casos posibles de Zika (todavía se hacía referencia a las cifras de febrero de 3037) y la población en general aún no había percibido un riesgo elevado para ellos mismos. Si bien algunas personas con las que se reunió HC3 sospechaban que cabía la posibilidad de que podrían haber padecido Zika, en la mente de las personas parecían mucho más prominentes experiencias recientes de dengue y chikungunya. Dado que era un año de elecciones, el rumor entre la población en general y los profesionales era que tal vez el Zika era una distracción o una campaña de miedo elaborada por el gobierno.

La respuesta del Zika en todos los niveles no era aislada, sino que en cambio se consideraba una oportunidad para fomentar el control permanente y mejorado de los mosquitos en lo relativo al dengue, la chikungunya y el Zika. El programa de control del vector usaba la campaña para fomentar los esfuerzos permanentes de eliminación de criaderos del *Aedes*. Incluso antes de anunciada la emergencia del Zika, en Honduras se impulsó la eliminación de criaderos en los hogares a través de visitas domésticas como consecuencia de brotes recientes de dengue y chikungunya. Los TSA manifestaron que tuvieron un gran éxito e indicaron una reducción en los índices de infestaciones positivas. Ellos limitan la fumigación con adulticidas a los hogares que se encuentran en torno a un posible caso, aunque en las escuelas hay fumigaciones mensuales. Obstáculos relacionados con el trabajo en los hogares y la seguridad evitan el acceso a las viviendas para realizar fumigaciones y generan escasez de insecticidas, así como también de equipo y pagos para el personal. También analizaron otras medidas que toman, por ejemplo, la perforación de neumáticos antiguos para que se drene el agua y el trabajo con propietarios de cementerios privados para vaciar macetas que queden durante la estación de lluvias.

Más allá de la campaña de comunicación del Presidente, el Departamento de Normalización del MOH aplica la movilización social en el nivel comunitario en torno a comportamientos saludables (lo cual incluye el control del *Aedes*) y un proyecto piloto con base en las escuelas que fomenta la búsqueda de criaderos de *Aedes* en los hogares por parte de los jóvenes. Al momento de la visita de HC3, la ONG y la comunidad académica y de donantes esperaban pautas más rigurosas del gobierno sobre cómo hacer frente al Zika como país. Las agencias de las Naciones Unidas, bajo el liderazgo de UNICEF, acaban de elaborar una propuesta preliminar para una estrategia de comunicación unificada del Zika, que presentaron a HC3 y planeaban presentar al gobierno en abril de 2016. Mientras tanto, la Cruz Roja, el FPNU y la JICA avanzaban con sus propios esfuerzos de movilización social y distribución de materiales, al igual que la Universidad Nacional de Honduras (UNAH). Los esfuerzos de la Universidad estaban

principalmente dirigidos a sus campus e incluían epidemiólogos, virólogos, entomólogos y científicos sociales sumamente capacitados y ansiosos por contribuir con sus servicios y experiencias en el nivel nacional. Muchos de los mensajes fomentaban limpiezas generales, mientras que algunos se centraban más en la destrucción directa de los huevos del mosquito en las paredes de las pilas haciendo uso de lejía, pero ninguno ofrecía instrucciones claras sobre los métodos de eliminación de criaderos de mosquitos, ni de las prioridades.

Resumen del análisis en El Salvador (del 4 al 8 de abril de 2016)

El Salvador tiene una población de más de seis millones de habitantes y se encuentra entre Guatemala (hacia el norte) y Honduras (hacia el este). Entre estos países, tienen lugar tránsitos y migraciones considerables. La mayor parte de la población se encuentra asentada en la ciudad capital de San Salvador y alrededor de ella. Una cantidad considerable de la población ha migrado al norte para trabajar y para escapar de una de las tasas de homicidios más elevadas del mundo. Muchas comunidades se encuentran controladas por pandillas, lo cual tiene amplias implicancias para el control del vector y la promoción de la salud.

El Zika se detectó por primera vez en El Salvador en 2015, con aproximadamente 3836 casos posibles. De acuerdo con el boletín de salud semanal del Ministerio de Salud (MOH) se informaron para mediados de abril de 2016 otros 6137 casos posibles, lo cual hace un total de 9973 casos hasta el momento. En 2016, al momento de la visita, se habían informado 194 casos posibles de Zika entre mujeres embarazadas y de ellos, 43 están confirmados. Entre mediados de noviembre de 2015 y mediados de abril de 2016, se confirmaron 151 casos del SGB. En ese mismo período de tiempo, se informaron tres casos de microcefalia, pero ninguno de ellos se vinculó con el Zika. La carga más elevada de casos se encuentra en la zona de San Salvador, y de manera secundaria en las provincias al norte de la zona de la ciudad capital.

En El Salvador, el uso de la planificación familiar es elevado, con 68 por ciento de CPR (métodos modernos). Los anticonceptivos, incluida la Anticoncepción de emergencia, se encuentran disponibles a través del sector público, las farmacias y las ONG. Aproximadamente un tercio de los nacimientos tiene lugar entre los jóvenes. Existen amplios informes de violencia sexual, que incluye la violencia doméstica.

El Ministerio de Salud (MINSa) se encuentra a la cabeza de las medidas para luchar contra el Zika y controlarlo. El sistema establecido de supervisión de salud ha permitido que el MINSa realice un seguimiento de cerca de los brotes de Zika y proporcione actualizaciones estadísticas oportunas. El MINSa usa un enfoque proactivo de control del vector llevado a cabo en colaboración estrecha con la Agencia de Protección Civil. Han apostado trabajadores para que se centren en la supervisión de las larvas a través de visitas domésticas durante jornadas nacionales; convocatorias para que todas las comunidades del país se movilicen a fin de llevar a cabo días de limpieza. Los trabajadores de extensión de salud y vectores buscan criaderos de mosquitos e informan haber visitado aproximadamente el 80 por ciento de los hogares accesibles. Los barriles para el almacenamiento de agua son los principales lugares de reproducción. Según informes, en 2016 se eliminó más de un millón de criaderos en almacenamientos de agua y se destruyeron 1700 neumáticos. Muchos hogares, tanto rurales como urbanos, cuentan con tanques para el almacenamiento de agua de algún tipo a raíz de los problemas con el sistema de suministro de agua. Para matar las larvas de estos recipientes, se usa Abate[®], el larvicida más común. Sin embargo, Abate[®] se distribuye a través de clínicas de salud y únicamente está disponible cuando las clínicas están abiertas. El MINSa está probando "alevines" en doce municipalidades; se trata de un pequeño pez tilapia que puede vivir en tanques de agua y alimentarse con las larvas de mosquito. Después de unos meses, son lo suficientemente grandes para el consumo

humano y sirven como una forma accesible de proteína para las comunidades rurales. Las visitas domésticas también incluyen medidas generales de limpieza y saneamiento. En términos de fumigación, el MINSa manifestó que la fumigación comunitaria es menos eficaz. En consecuencia, centra sus esfuerzos en la fumigación de los hogares e informó haber fumigado 3397 hogares hasta marzo de 2016.

El MINSa elaboró 12.000 materiales educativos individuales relacionados con el Zika (por ejemplo, panfletos y carteles; véase la imagen de la cubierta), que se distribuyeron en comunidades y a través de la radio. El eslogan clave en la prevención del Zika es: "**En mis manos está" eliminar los criaderos del dengue, el Zika y la chikungunya**". La convocatoria es para limpieza general y la eliminación de criaderos en el hogar y alrededor de este. La unidad de educación de salud del MINSa informó la prueba previa de los materiales. Los elementos visuales, si bien son coloridos y atractivos, pueden no ser totalmente claros y la convocatoria podría resultar demasiado difusa. Los materiales sirven más para la propagación de información que para modificar comportamientos clave. Actualmente no existe ninguna investigación relacionada con las percepciones comunitarias y de los grupos familiares, los temores respecto del Zika ni con qué acciones han tomado las personas para prevenir el Zika en su familia. Los trabajadores de extensión ofrecen orientación personalizada al público sobre la limpieza adecuada de barriles para el almacenamiento de agua usando Abate® o lejía (que se dice que es menos eficaz), al igual que cubriendo receptáculos y la limpieza general de botellas y neumáticos que pudieran recolectar agua. Los mensajes de prevención de Zika ahora se encuentran integrados con los mensajes de prevención del dengue y la chikungunya en la comunidad. El MINSa también dota de personal y promueve una línea directa de salud, pero resulta poco claro cuántas llamadas esta ha recibido relacionadas con el Zika.

A principios de la epidemia, algunas personas consideraron que la recomendación del Viceministro que las mujeres consideren evitar el embarazo hasta por dos años generó inquietud. El MINSa ofreció sugerencias a las mujeres embarazadas sobre cómo prevenir el Zika (por ejemplo, repelentes, prendas de mangas largas, etc.). Los métodos anticonceptivos no se promovieron específicamente, aunque se encuentran disponibles a través del sector público y privado. Altas tasas de violencia sexual hacen que la necesidad del acceso a anticonceptivos sea incluso más aguda. Además esta violencia inhibe el seguimiento de los casos de microcefalia y SGB, y el suministro de apoyo psicosocial.

El Salvador cuenta con un grupo amplio de partes interesadas que parecen encontrarse bien alineadas y seguir la dirección del gobierno en cuanto al control del vector y la SBCC. La OPS dirige el grupo de interagencias de las Naciones Unidas compuesto por 13 agencias que se reúnen regularmente. UNICEF participa activamente con el Ministerio de Educación de El Salvador para que maestros y alumnos intervengan como agentes de cambio. El FPNU brinda asistencia al MINSa en lo relativo a la adquisición de insumos de anticonceptivos. Varias ONG, tales como WV y la Cruz Roja, se encuentran activas en el nivel comunitario. Los medios de comunicación brindan informes sobre el Zika de manera esporádica.

Resumen del análisis en la República Dominicana (del 11 al 15 de abril de 2016)

La República Dominicana (RD), con una población de 10,6 millones de habitantes, es uno de dos países isleños que comparten La Española, junto con su vecino, Haití. El país posee un alto volumen de turismo todo el año y una gran brecha entre los ricos y los pobres. De manera similar a otros países de bajos y medianos ingresos, la República Dominicana está siendo objeto de una reforma de salud, en la cual se observa un movimiento de los presupuestos y las responsabilidades del nivel central a las regiones y las provincias, que a su vez delega la gestión de la red del servicio de salud al nivel regional. Esto tiene implicancias para el control del vector en todo el país. Santo Domingo es conocido por sus muchos desafíos en infraestructura en lo relativo al suministro de agua y la recolección de residuos, entre los cuales se incluyen tuberías de agua obsoletas, conexiones ilegales o simplemente perforaciones para

recoger agua. Los residentes más pobres de todo el país y aquellos que carecen de un suministro de agua municipal esperarán hasta que llegue la lluvia o comprarán agua de camiones cisterna comerciales, y habitualmente la almacenarán en tambores de plástico o metal reacondicionados de 35 galones.

Específicamente, el Zika representa un desafío de diagnóstico dentro del país y en el marco internacional a raíz de: (a) una falta de disponibilidad de reactivos para una enfermedad hasta el momento relativamente desconocida; (b) reactividad cruzada con los anticuerpos del dengue y la chikungunya en inmunoensayos, en los casos en que se cuente con ellos; (c) breve período de ventana para la detección tanto del anticuerpo como del ácido ribonucleico (ARN) viral, antes y después de los cuales las pruebas de laboratorio no resultan concluyentes. Como resultado, la mayoría de los casos son “sospechosos” y la cantidad de casos confirmados sigue siendo mínima, lo cual genera rumores y falta de confianza hacia las autoridades de salud pública en la prensa local y las redes sociales, así como también en la población e incluso entre los médicos clínicos en ejercicio. Los epidemiólogos del país que entrevistamos mencionaron que muchos de sus colegas todavía no están convencidos de que efectivamente el Zika haya invadido la RD, mientras que otros hablan de censura de datos. El informe inadecuado de casos entre los migrantes haitianos constituye una preocupación, ya que su condición temporal y a menudo ilegal afecta negativamente la atención que procuran en establecimientos de salud.

Los brotes de fiebre de dengue son un problema permanente. Las autoridades de control vectorial informan un aumento estacional de todos los tipos de mosquitos durante un período de lluvias e inmediatamente después de este, pero también informan una infestación intensificada de las larvas de mosquito en recipientes para el almacenamiento del agua de espacios interiores durante los períodos más secos a raíz de la escasez de otros hábitats.

En la RD, el uso de la planificación familiar es elevado, con 68 por ciento de CPR (métodos modernos). No obstante, sigue la preocupación sobre la alta tasa de embarazo juvenil. Los anticonceptivos se encuentran disponibles a través del sector público, las farmacias y las ONG. La anticoncepción de emergencia se encuentra disponible en farmacias y, según informes, es costosa. Los preservativos se han promocionado ampliamente y se han usado con los años para la prevención del HIV, aunque no son disponible de forma rutinaria en los centros de atención primaria. El Ministro de Salud Pública recomendó al público posponer los embarazos hasta 2017. Esta recomendación recibió una respuesta heterogénea en los medios de comunicación.

Cuando la RD declaró al Zika una emergencia nacional de salud pública, se activó el Comité de Respuesta Humanitaria Intersectorial. Este Comité, que incluye unidades del MSP, ONG, el sector privado, organizaciones bilaterales organizaciones multilaterales de las Naciones Unidas y los medios de comunicación, se reúne en la capital cada dos semanas. El Viceministro de Salud de la RD, que ha dirigido y coordinado la mayor parte de la respuesta, ofrece actualizaciones semanales al Comité de Respuesta Humanitaria Intersectorial y al Centro de Operaciones de Emergencia. El MSP ha publicado regularmente información sobre el Zika en las redes sociales y ha producido y transmitido al menos un anuncio de televisión. El Centro Nacional para el Control de Enfermedades Tropicales (CENCET) Dirige las medidas de control del vector que constan del control químico y biológico, así como también la formación de capacitadores que a su vez coordinan con los servicios municipales la capacitación de una gran cantidad de voluntarios, votantes y miembros de ONG seculares y religiosas, escuelas y el ejército. Posteriormente, se moviliza a estos estudiantes para que lleven a cabo limpiezas comunitarias y visitas puerta a puerta sobre cómo eliminar recipientes descartables y limpiar recipientes para el almacenamiento del agua de manera eficaz. Las ONG dividen la comunidad de acuerdo con el lugar en

que cada una presenta la mayor ventaja y asumen la responsabilidad de áreas específicas. A raíz de esta misión, UNICEF también trabaja con el Ministerio de Educación. La prensa ha presentado artículos con regularidad respecto del Zika.

El protocolo establecido de la República Dominicana para combatir el dengue, la chikungunya y el Zika se lleva a cabo a través de tres vías:

1. Intervenciones comunitarias para la reducción de fuentes de mosquitos y control químico o biológico a través de las autoridades.
2. Control de vector perifocal de casos posibles y de casos confirmados a través de actividades similares mediante las autoridades, así como también aplicación de adulticidas espaciales dentro del hogar donde se produce el caso y en sus vecinos.
3. Supervisión entomológica periódica y proactiva para detectar el grado de infestación con el vector del mosquito *Aedes* y su susceptibilidad a los adulticidas y larvicidas.

Estas medidas no siempre resultan viables a raíz de la falta crónica de personal y presupuesto. Los insecticidas no siempre se encuentran disponibles insecticidas en el punto de uso donde son necesarios, además pueden ser costosos, dañar el medioambiente y su uso prolongado inevitablemente genera resistencia. Aparentemente la fumigación espacial sigue siendo usada a pesar de las recomendaciones de la OPS de su eficacia reducida. Los comportamientos recomendados de limpieza de recipientes también insumen mucha mano de obra, requieren habilidades especiales y deben repetirse con mucha frecuencia, lo cual hace difícil que se mantengan y supone una carga adicional para las mujeres cuidadoras que ya se encuentran sobrecargadas de trabajo. Un gran desfase entre la identificación de los casos y la notificación de la unidad de control del vector hace que se pierda la oportunidad de un control perifocal. Al trabajar para resolver estos desafíos, el CENCET indicó que no pudieron llevar a cabo ensayos de susceptibilidad de insecticidas en mucho tiempo. Lo que sí hacen son relevamientos de "controles al azar" de infestaciones de larvas tres veces por año para obtener una muestra nacional representativa. El CENCET informa que los tambores de almacenamiento de agua de 35 galones son la máxima prioridad en cuanto a recipientes para el control del *Aedes* (no se comparten los datos efectivos).

El MSP y el FPNU indicaron que la actitud institucional respecto al acceso y el uso de todos los anticonceptivos modernos en general es positiva, salvo entre los adolescentes y los migrantes haitianos de movilidad elevada. El uso permanente de preservativos por todos los grupos etarios es el único método para prevenir la transmisión sexual del Zika entre los hombres y sus parejas, pero el país ha decidido no hacer hincapié en este comportamiento en comparación con el control del vector a fin de que todos se mantengan centrados en la principal vía de transmisión.

La población parece preocupada sobre el Zika pero muchas personas supuestamente se encuentran confundidas respecto del porqué, si el mismo mosquito transmite Zika, dengue y chikungunya, uno no se enferma con ninguno de los tres virus al mismo tiempo, lo cual muestra una falta de una comprensión cabal de qué es un vector. Los servicios de salud actuales de la RD carecen de la capacidad para hacer frente a casos graves de SGB o para diagnosticar de manera temprana secuelas congénitas. Las implicancias del SGB para cualquier sostén de familia, niño o cuidador son especialmente preocupantes. Otra inquietud consiste en que cuando la información sobre limpieza eficaz se transmite de los capacitadores mentores a otros capacitadores, a los voluntarios comunitarios y a los miembros de los grupos familiares, las habilidades para llevar a cabo correctamente la eliminación de los lugares de reproducción (centrada en los neumáticos y los recipientes de agua de gran tamaño) a menudo se

pierden o se interpretan de manera errónea.

Los mensajes de control del vector son amplios y se repiten en materiales informativos y anuncios publicitarios que hacen hincapié en las campañas de limpieza de recipientes pequeños, el lugar de los neumáticos y los barriles de mayor tamaño, los cuales son lugares de reproducción más fecundos. Los materiales de extensión se consideraron clave para los colaboradores. La comunidad de las ONG se encontraba frustrada con la lenta respuesta del MSP para aprobar otros planes de extensión y comunicación de riesgos, y tampoco tenían claro por qué los casos confirmados eran tan pocos, lo cual generaba un clima de desconfianza que impedía la colaboración.

Resumen del análisis en Guatemala (del 18 al 22 de abril de 2016)

Guatemala tiene una población de aproximadamente 15,47 millones de habitantes (2013) y es un país de grupos culturales heterogéneos, que incluyen una gran población de ascendencia maya y más de 20 idiomas. En el país, se observa una migración estacional interna considerable en lo relativo a la mano de obra agrícola (café y azúcar), así como también la migración internacional en busca de empleo. El gobierno en su mayoría se encuentra descentralizado. Se espera que el MOH ofrezca servicios de atención médica gratuitos a aproximadamente 80 por ciento de la población (sin embargo, esta cobertura se ha reducido recientemente). Una iniciativa de seguridad social gubernamental (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social) presta servicios a través de seguro médico para empleados a aproximadamente el 17 por ciento de la población y alrededor del tres por ciento obtiene acceso a proveedores privados.

El gobierno enfrenta una falta considerable de presupuesto a raíz de una gran deuda. Esta carencia de fondos afecta la capacidad de pagar los salarios de los trabajadores de atención médica, adquirir y mantener equipo médico y obtener y transportar insumos médicos, medicamentos, vacunas, bienes de consumo para la planificación familiar y otros elementos esenciales. Una falta de liderazgo debido a la rotación frecuente de ministros de salud desde 2014 también ha afectado gravemente al MOH. Otro desafío consiste en brindar servicios de atención médica primaria luego del colapso del Programa de Extensión de Cobertura, un sistema de atención médica descentralizado que brindaba atención médica primaria a 4,6 millones de personas en zonas rurales y de difícil acceso del país a través de clínicas financiadas por el gobierno y administradas por las ONG. Este sistema se suspendió a finales de 2014 y se planificó un sistema de atención médica primaria de reemplazo pero que aún no se implementó.

Las partes interesadas concuerdan que el Zika en gran medida es subreportado en Guatemala. El primer caso de Zika se registró en noviembre de 2015. En la semana epidemiológica 14 de 2016, Guatemala informó 915 casos posibles y 261 casos confirmados. En 2015 y 2016, el país contaba con 57 casos confirmados de Zika entre mujeres embarazadas. No se informó ningún caso de microcefalia ni SGB. La mayor parte de las Áreas de Salud (76 por ciento) ha informado al menos un caso confirmado de Zika (semana epidemiológica 14). El laboratorio nacional tiene la capacidad para realizar análisis para detectar el Zika. La mayoría de los casos confirmados son de mujeres en edad reproductiva. La mayor carga de la enfermedad se encuentra en los departamentos de Zacapa, Santa Rosa, Quetzaltenango, Chiquimula, Suchitepéquez y Retalhuleu.

De acuerdo con el Informe de indicadores clave de las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys, DHS)/Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 2014-15, la CPR con métodos modernos en Guatemala es del 49 por ciento. Desde 2014, a raíz del agotamiento de los recursos fiscales del MOH, el suministro de métodos para la planificación familiar en clínicas gubernamentales ha sido irregular y los desabastecimientos son comunes. Actualmente, el Programa

Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha obtenido un surtido de métodos para la planificación familiar con insumos para al menos un año. Sin embargo, una falta de fondos para la logística de la cadena de suministro limita el movimiento de los bienes a los centros de atención médica de todo el país. La Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) es el segundo proveedor más importante de servicios de salud reproductiva y planificación familiar del país, y brinda cobertura a casi al 16 por ciento de la población. Las clínicas de la APROFAM se encuentran entre las mejores equipadas del país en cuanto a la atención antenatal.

La mayoría de las partes interesadas consideran al MSPAS el líder en lo que respecta a la respuesta ante el Zika. Si bien los CDC han manifestado un consenso científico respecto del vínculo causal entre el Zika y las malformaciones congénitas, el MSPAS no emitirá ninguna pauta respecto de este punto hasta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS hayan efectuado una declaración formal anterior a este relevamiento. La mayoría de las partes interesadas expresaron dudas para iniciar programas en torno a esto debido a la falta de un anuncio formal del MSPAS. Como paso inicial, el Programa de Salud Reproductiva del MSPAS ha elaborado una *Guía para la atención clínica de casos posibles o casos confirmados de Zika entre mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas y bebés recién nacidos*. La guía aún no es publicada pero pronto se llevará a cabo una prueba preliminar con el usuario objetivo: los proveedores de atención médica. Sin embargo, al momento de la visita de análisis del panorama, el Programa de Salud Reproductiva del MSPAS no contaba con el presupuesto para imprimir o distribuir la guía. El programa no cuenta con ningún material de comunicación del Zika dirigido a las mujeres embarazadas.

El enfoque del programa de control del vector de Guatemala consiste en la eliminación de las fuentes de larvas mediante el uso de larvicidas (uso de uno por ciento de Temephos, Abate[®]), y se priorizan recipientes para almacenamiento de agua de gran tamaño en los hogares. Estos cuentan con un grupo de personal en campo ("operativos") que recientemente fue reducido al 50 por ciento. Los operativos visitan los hogares para realizar vigilancia entomológica, destruir físicamente los criaderos, aplicar larvicida a recipientes de agua de gran tamaño e investigar las viviendas en los cuales se informan brotes febriles. Los operativos también promueven la "deschatarización" o las campañas de limpieza de basura para que los propietarios de viviendas eliminen artículos innecesarios para que sean recogidos por los camiones municipales. En los brotes, se emplea la fumigación con un adulticida para cortar la transmisión, aunque se reconoce que este método cuenta con una sostenibilidad limitada. Por último, promueven el escobillado de grandes recipientes de agua regularmente durante la limpieza (no se ofrece recomendación sobre el uso de lejía ni detergente). Debido a que los operativos tienen más contacto con los miembros de la comunidad y otras personas, a menudo se encuentran en la posición de comunicadores improvisados sobre la prevención de enfermedades transmitidas por el *Aedes*, el reconocimiento de síntomas y otros temas. No obstante, no cuentan con capacitación en consejería ni comunicación interpersonal (inter-personal communication, IPC). De manera similar, el lenguaje que usan es a menudo demasiado técnico, lo cual impide la eficacia de sus propias intervenciones para que los hogares participen en el control del vector.

El Programa de Promoción de Salud del MSPAS procura abordar al Zika dentro de su plataforma general de Comunicación para el Desarrollo, y fomentar así la participación comunitaria y municipal, y la dotación de herramientas para identificar y abordar los problemas a los que se enfrentan, así como también reconocer que se trata de una estrategia a largo plazo. En cuanto al Zika, promueven lo siguiente: "Patio Limpio, Escuela Limpia, Municipio Limpio". WV y la Cruz Roja ofrecieron al equipo de Promoción de la Salud del MSPAS materiales y actividades de comunicación desarrollados previamente (carteles, publicidades de radio y televisión, y un libro para colorear para niños). El MSPAS los adaptó

como materiales nacionales de comunicación para el Zika. El eslogan es "Zika depende de mí, depende de ti". Estos materiales se centran en el control del vector y la prevención personal de picaduras de mosquito. No se contempla la información sobre la transmisión sexual ni los riesgos para las mujeres en edad reproductiva. Actualmente no se encuentra disponible ninguna pauta comunitaria sobre el SGB ni la microcefalia. World Vision ha desempeñado un papel importante en la movilización rápida para apoyar la respuesta ante el Zika del MSPAS, y también brindó asistencia en la producción masiva de materiales de comunicación sobre el Zika del MSPAS. El MSPAS carece de fondos de impresión y cuenta con recursos limitados para la implementación y la supervisión, a raíz de la pequeña cantidad de personal en campo de promoción de salud que desempeña muchas funciones además de la prevención del Zika. Otros grupos no tienen la obligación de utilizar estos materiales.

El mecanismo de coordinación del MSPAS, anteriormente denominado Grupo Técnico (GT) Dengue, recientemente recibió el nuevo nombre de GT *Aedes*. Este grupo desarrolló un plan integrado para el dengue, la chikungunya y el Zika para el corto (dos meses) el mediano y el largo plazo (un año). El GT *Aedes* está dirigido por el Departamento de Epidemiología del MOH e incluye distintos departamentos de todo el MSPAS. Cada semana de por medio, después de la asamblea interna, esta se abre para que participen agencias externas como ONG y USAID. La OPS ofrece liderazgo y pautas técnicas.

Desafíos:

- Los líderes tienen poco tiempo para gestionar el GT *Aedes* y aprovechar las oportunidades que ofrece, lo que genera frustración.
- La función del grupo es totalmente técnica e informativa, carece de influencia política y la respuesta del MSPAS para aprobar/recibir donaciones es lenta (cuello de botella).
- La coordinación con socios fuera del MSPAS no es necesariamente deliberada y estratégica, ya que la iniciativa de coordinación proviene de los colaboradores mismos.
- Si bien existe un reconocimiento de los limitantes bajo el cual opera el MSPAS, los grupos no gubernamentales aún esperan que el MSPAS dirija la respuesta contra el Zika.

Una cantidad de agencias de las Naciones Unidas, ONG, grupos del sector privado y organizaciones profesionales y de la sociedad civil participan activamente de la respuesta de Guatemala contra el Zika y establecen una coordinación en distintos grados con el MSPAS. De aquellos con los cuales el equipo de relevamiento tuvo la oportunidad de reunirse, Project Concern International (PCI), la Asociación Panamericana de Mercadeo Social (Pan American Social Marketing Association, PASMO), la APROFAM y World Vision realizan actividades de SBCC que se centran principalmente en la prevención de la transmisión a través de vectores. La campaña "Que no te pique" de la APROFAM supone la formación de médicos clínicos para brindar asesoramiento a los clientes respecto de la prevención del Zika y que los promotores de salud comunitarios compartan mensajes de prevención del Zika con clientes durante visitas comunitarias. PASMO está llevando a cabo una prueba previa de un kit de prevención del Zika para mujeres embarazadas que contiene preservativos y repelente. PASMO es el único grupo que proporciona información sobre la prevención en casos de transmisión sexual. Los materiales de World Vision se centran en la eliminación de criaderos y fomentan, en conjunto con el MSPAS, el "patio limpio", según se describe anteriormente. World Vision también distribuye mosquiteros no impregnados con insecticida. Junto con el MSPAS, World Vision implementa una campaña en las escuelas por medio de un libro para colorear a fin de ayudar a los niños a identificar los criaderos de larvas y ha comenzado una campaña por radio. Poseen un kit de prevención para la comunidad para trabajar con los Consejos Comunitarios de Desarrollo Urbano y Rural (COCODES) sobre la reducción comunitaria de los criaderos. Entre los desafíos se incluyen traducir la información en otros idiomas (mayas) y que los comportamientos esperados principalmente recaen en las mujeres y los niños. PCI cuenta con varias

plataformas que se pueden aprovechar, por ejemplo, el programa "Mi Barrio" para mejorar la infraestructura periurbana y una red de mujeres emprendedoras. PCI también ha elaborado carteles sobre el Zika y a principios de 2015, tomó la iniciativa de ser anfitrión de una asamblea de coordinación de ONG sobre el Zika. La OPS emplea una estrategia de comunicación de riesgos a través de las redes sociales. Por último, varios otros grupos cuentan con sólidas plataformas para captar a actores clave o influyentes en cuanto al Zika y están abiertos a la colaboración, los cuales incluyen organizaciones médicas profesionales el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), los medios de comunicación, organizaciones de salud militar y la asociación de agricultores azucareros. Estos últimos también elaboraron algunas publicidades de radio e imprimieron materiales sobre el Zika.

VII. RECOMENDACIONES

Estrategias de comunicación

- Todos los países visitados contaban con planes nacionales de control o prevención del Zika, algunos más desarrollados que otros en términos técnicos con múltiples actores involucrados. Los esfuerzos de comunicación de los países podrían beneficiarse en elaborar o refinar una **Estrategia Nacional de Comunicación de Zika** y un correspondiente **Plan Operativo Nacional para SBCC sobre Zika**. La función principal de la estrategia y el plan nacional sería: coordinar y armonizar las actividades de comunicación a través de todos los actores interesados y los grupos que llevan a cabo actividades de comunicación sobre Zika. La asistencia técnica puede apoyar estos procesos.

La **Estrategia Nacional de Comunicación de Zika** debe incluir no sólo objetivos específicos de la comunicación sino también:

- Los mensajes claves (incluyendo "convocatorias a la acción" específicas);
- Orientación sobre las audiencias claves, canales y tono de la comunicación (mediante "briefs" creativos); y
- La identificación de liderazgo, roles y la distribución de esfuerzos a través de socios y áreas geográficas.

El **Plan Operativo Nacional para SBCC sobre Zika** asegura que la colaboración entre los socios no se detenga en la fase de diseño de la estrategia, sino que garantice la continuación de la coordinación, y del mapeo de actividades, su diseminación y la elaboración de informes sobre las actividades cumplidas.

Los beneficios del desarrollo de una estrategia nacional de comunicación de Zika y un plan operativo, en colaboración con los socios técnicos, son varios:

- Mayor uniformidad de los mensajes claves;
- Mayor coordinación en la implementación de actividades, tales como la extensión comunitaria;
- Consistencia y coordinación ayudan a mantener la confianza del público y de los socios principales en la respuesta al Zika.

Los socios claves pueden incluir:

- Los Ministerios de Salud (lo cual incluye al cuerpo de liderazgo y/o coordinación del Zika, control vectorial, supervisión/epidemiología, promoción de la salud, proveedores de servicios, etc.);

- Las ONG y otras entidades que trabajen en SBCC; movilización de la comunidad y incidencia (lo cual incluye organizaciones religiosas y el sector privado);
 - Representantes de investigaciones y universidades; y
 - Organizaciones responsables por la prestación de servicios y la distribución de métodos planificación familiar.
 - El proceso puede incluir también a líderes locales (en especial en sistemas de salud descentralizados) y socios quienes fomentan la gobernabilidad y democracia, cuando resulte adecuado.
- Si bien todos los países mostraron preocupación sobre una reaparición inevitable de los casos de Zika una vez llegada la estación de lluvias, las partes interesadas expresaron no estar informadas de planes a largo plazo para Zika. Cada uno de los países debe establecer planes tan pronto resulte posible para una segunda ola de Zika y un posible recrudecimiento de los casos de microcefalia/SGB. En lo que involucre a SBCC esta planificación debe hacer hincapié en lo siguiente:
 - Movilización y asignación de recursos para la respuesta al Zika durante toda la estación de lluvias y después de ella.
 - Una estrategia de comunicación en función de las posibles situaciones de la epidemia (y de acuerdo con sus fases).
 - Plan de control del vector en función de posibles situaciones de la epidemia (y de acuerdo con sus fases).
 - Necesidades y prioridades de los proveedores de servicios.
 - Enfoque en la planificación familiar y la salud reproductiva.
 - Control de la microcefalia y del SGB (consejería y asistencia para pacientes, recién nacidos y familias).

Investigaciones formativas, monitorización y evaluación

- Cada uno de los países se beneficiaría de una investigación formativa rápida para comprender mejor las percepciones, los mitos y las motivaciones en torno al Zika, las enfermedades transmitidas por mosquitos, los comportamientos para eliminar criaderos, el uso de la planificación familiar durante el brote de Zika y otros temas relacionados. En Honduras, han comenzado conversaciones con la Universidad para desarrollar este tipo de herramienta. La OMS también ha elaborado un paquete de recursos que incluye un conjunto de preguntas claves sobre conocimientos, actitudes y prácticas (knowledge, attitudes and practice, KAP) del Zika, la microcefalia y el SGB. UNICEF expresó interés por investigaciones sobre las percepciones de la comunidad en torno al Zika y brinda su apoyo para una revisión de la literatura sobre la participación comunitaria respecto del dengue.

La investigación debe incluir la exploración de los conocimientos, las actitudes y las percepciones de parte de los trabajadores de control del vector, los movilizadores comunitarios y los prestadores de servicios a fin de incorporarlos de manera más adecuada como una audiencia objetivo y los propagadores de mensajes para comunicación sobre el Zika.

- Garantizar que las actividades de comunicación y movilización incluyan monitorizaciones y evaluaciones que midan no solamente indicadores de procesos (por ejemplo, materiales producidos y viviendas visitadas) sino también indicadores de impacto (índices de larvas en viviendas), si es posible.

Refinar mensajes y plataformas de comunicación

- En general, los mensajes deben enmarcar el control del Zika a modo de un hincapié renovado en el control del vector del *Aedes aegypti* (contra el dengue, la chikungunya y el Zika) aplicando un tono de "responsabilidad compartida" y describiendo convocatorias específicas para la eliminación de criaderos por parte de la familia, así como también mensajes motivacionales para establecer que las enfermedades transmitidas por los mosquitos pueden vencerse, y que no son aceptables ni inevitables. La mayor parte de los ministerios visitados ya cuentan con eslóganes para la prevención del Zika, que incluyen una convocatoria a los ciudadanos para que participen en la prevención de la enfermedad. No obstante, en muchos de los países, la convocatoria gira en torno a movilizaciones ("jornadas") mensuales o trimestrales de limpieza organizadas por los gobiernos, que resultan insuficientes para mantener un nivel bajo de las poblaciones de mosquitos. Cada familia es parte de la solución; ni los ministerios de salud ni los gobiernos pueden vencer por sí solos la lucha contra las tres enfermedades transmitidas por el vector.

Los mensajes no deben esgrimirse como "mensajes generales de limpieza". Si bien estos son adecuados para la salud general y a largo plazo, en lo que respecta a la epidemia inmediata crean confusión sobre las medidas prioritarias. Los comportamientos preventivos deben enfocarse en los hábitats de larvas más importantes y las campañas deben restar importancia a los comportamientos dirigidos hacia hábitats poco significativos. La monitorización (vigilancia entomológica) y las campañas de reconocimiento deben tener como base esto también (es decir, no dar recompensas para un patio limpio, sino para los recipientes que no tengan larvas/huevos).

La vinculación del Zika con la microcefalia y el SGB debe llevarse a cabo de un modo realista y que dote de herramientas adecuadas al contexto local pero que no genere miedo, con hincapié en el acceso a la planificación familiar y la decisión informada de su uso. Se debe poner más énfasis en los mensajes sobre planificación familiar en el contexto del Zika para las mujeres y las parejas que eligen posponer el embarazo. En la actualidad, la transmisión sexual no se aborda en la región, pero se debe integrar en las pautas de consejería en salud.

Al mismo tiempo, se necesitan mensajes específicos para que las mujeres embarazadas eviten el Zika, así como también para las mujeres y las parejas que consideren tener hijos en el futuro cercano. La mayoría de los países cuenta con algunos materiales y mensajes para las mujeres embarazadas, pero los mensajes de protección personal se pueden intensificar e integrar de manera proactiva a una variedad de oportunidades de consejería y extensión a la comunidad.

- Los cuatro países podrían beneficiar de la asistencia técnica en la identificación de "llamados a la acción" o convocatorias que sean específicas, realistas y eficaces para abordar en su estrategia de comunicación. Esto debería incluir el aporte de un equipo técnico de control vectorial que evalúe las técnicas de más alto impacto para la eliminación de criaderos (por ejemplo, larvicidas, solución para la "Untadita" hecha a partir de lejía con o sin detergente, alevines [peces pequeños], vigilancia casa por casa, y jornadas) y desarrollar recomendaciones sobre las medidas más prioritarias para que sean promovidas por la comunicación y practicadas por las personas y los equipos de control del vector, lo cual incluye técnicas recomendadas para la reducción de larvas por recipiente y ubicación geográfica.

- Los cuatro países beneficiarían de la elaboración de materiales hechos para audiencias específicas basadas en las recomendaciones técnicas globales. Se pueden identificar o desarrollar documentos de pautas regionales para materiales específicos de SBCC sobre el Zika o informes/materiales creativos genéricos y adaptables para que se personalicen según el país. Estos materiales de comunicación podrían incluir:
 - Guías de consejería para proveedores (planificación familiar y Zika, transmisión sexual, prevención prenatal del Zika, prevención y tratamiento de la microcefalia y el SGB)
 - Guías de consejería para la eliminación de criaderos del *Aedes* para trabajadores de extensión
 - Paquetes de información para la prensa
- Capacitar a personal en campo para el control del vector y demás trabajadores de extensión de ONG en la comunicación interpersonal, la prevención personal del Zika, la chikungunya y el dengue, el reconocimiento de síntomas y la búsqueda de atención médica.
- La experiencia con recientes brotes del Ebola y otros temas de comunicación de riesgos ha demostrado la importancia de una buena educación y comunicación por parte de la prensa. Cada país, si aún no lo ha hecho, debe desarrollar un sistema para brindar con regularidad información actualizada a la prensa, así como también para establecer una comunicación abierta y transparente para recibir preguntas e intercambios oportunos. Se debe explorar la posibilidad de que Internews o una organización similar desarrolle un paquete de capacitación sobre medios de comunicación y talleres, así como también para desarrollar un sistema de seguimiento de rumores de la misma forma que lo hizo HC3 en el caso del Ebola.
- Se deben explorar plataformas digitales para mejorar la comunicación y la extensión en lo relativo a las mujeres embarazadas y las mujeres en edad reproductiva a través de WhatsApp o en una plataforma parecida a la de “txt4baby”. Esto constituiría una oportunidad para que las mujeres en edad reproductiva puedan obtener acceso a la información que necesiten sobre la prevención del embarazo y la planificación familiar en el contexto del Zika. Esto encaja dentro del contexto del enfoque de clientes “SMART”, por el cual las intervenciones empoderan a las mujeres para buscar responder las preguntas tienen, y analizar qué otras cosas necesitan para tomar decisiones o acceder a servicios para resolver sus necesidades (sea de información o de planificación familiar). La plataforma debería promoverse a través de los mecanismos existentes relevantes.
- Las plataformas digitales también pueden prestar asistencia a los proveedores en cuanto al asesoramiento sobre planificación familiar y la prevención del Zika durante el embarazo. Se pueden organizar grupos de WhatsApp para proveedores con preguntas frecuentes sobre el Zika como guía de consejería.
- Se debe desarrollar un portal en línea y una red regional para que sirva como plataforma neutral para que las partes interesadas en cuanto al Zika compartan materiales de SBCC. Los materiales incluirían aquellos producidos localmente y relacionados con el tratamiento y la prevención del Zika, por ejemplo, el control del vector, la salud materno-infantil y la planificación familiar, así como también materiales procedentes de UNICEF, la OPS, la OMS y otras agencias de salud pública de confianza de la región. Esto permitiría que las partes interesadas cargaran materiales de SBCC para que sean revisados por los administradores del sitio y sean compartidos

(Importante: USAID posteriormente a este informe ha aprobado el financiamiento de esta actividad).

Coordinación

- Los países deben aprovechar la comunidad de ONG con fuertes vínculos con las comunidades periurbanas y rurales. Muchas de las ONG usan metodologías de participación comunitaria que empoderan a las comunidades para que sean proactivas en cuanto al control del vector. La participación de los socios puede ampliar el alcance de esta comunidad, por ejemplo, a través de redes de iglesias y el sector privado, que se benefician de una fuerza laboral saludable y desempeñan un gran papel en algunos países en la industria del turismo.
- La comunicación con el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA) y el grupo de salud del cuerpo de coordinación regional, el Sistema de Integración de Centroamérica (SICA), a fin de aumentar la uniformidad en cuanto a la prevención del Zika, especialmente en lo relativo a mensajes de prevención para mujeres embarazadas, mensajes sobre planificación familiar para parejas y mensajes de control del vector para las familias, así como también compartir lecciones aprendidas en la prevención del Zika y las prácticas recomendadas conforme surjan en toda una región con un turismo y un comercio transfronterizo sustancial.

VIII. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS POR PAÍS

Además de las recomendaciones generales anteriores para los cuatro países, a continuación, se incluyen sugerencias específicas de cada país adaptadas a la situación particular y contexto de cada uno de ellos:

Honduras

- El gobierno hondureño y la Oficina del Presidente deberían plantearse reconocer y avalar el cuerpo coordinado interinstitucional dirigido por Unicef y desarrollar en conjunto un plan a corto y a largo plazo para llevar a cabo esfuerzos de comunicación cooperativos. Muchos actores ya trabajan en el control del Zika y hay otros que esperan obtener pautas y liderazgo, pero los recursos y los mensajes combinados aumentarán en gran medida la eficacia y el éxito de dichos esfuerzos.
- Identificar la asistencia técnica interna o externa de SBCC para refinar y concluir el plan de comunicación sobre Zika elaborado de manera preliminar por las Naciones Unidas.
- Capitalizar la encuesta de la UNAH que se encuentra en proceso de diseño mediante la integración de preguntas de investigación formativas sobre KAP y colaborando con otras partes interesadas que estén fuera del entorno universitario.
- Trabajar con la unidad de control vectorial en el MOH y con la UNAH para identificar las mejores intervenciones para la reducción de criaderos por área e incluirlas en la estrategia nacional de comunicación.
- Explorar en mayor profundidad todos los planes de educación en colegios y escuelas sobre el control del vector del *Aedes*, identificar cuáles de ellos fueron exitosos para fomentar la participación de las familias, promoverlos en el nivel nacional e incluirlos en la estrategia nacional.

El Salvador

- El Abate[®] es el principal método de control del vector que se promociona, pero parecen existir desafíos en cuanto a la distribución y el acceso. A algunas personas les puede resultar difícil acceder a este método de control del vector, ya que únicamente se distribuye en centros de salud pública. Este obstáculo de acceso se debe explorar de manera más a fondo y hacerse cargo de él.
- Garantizar que las áreas con dificultades en cuanto a la seguridad cuenten con un plan dirigido para una segunda ola de prevención y control del Zika, incluido el acceso a la planificación familiar, y el seguimiento, el tratamiento y los servicios para el SGB/la microcefalia.
- Maximizar la línea telefónica directa de salud existente del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) para promover mensajes específicos y técnicamente precisos de control y prevención del Zika .
- Explorar en mayor profundidad la posible ampliación de la promoción de los alevines (peces pequeños) como método de control del vector en algunas áreas y reevaluar los enfoques de acciones para control vectorial en los niveles comunitarios, para enfocar esfuerzos en la eliminación estratégica de criaderos, como los barriles de agua en comparación con los patios.
- Fortalecer el vínculo entre el control del vector y el liderazgo local y municipal.

República Dominicana

- Prestar asistencia al Centro de Operaciones de Emergencias (COE) de la RD para desarrollar un protocolo de respuesta ante emergencias en caso de emergencias de salud (es posible que los CDC y/o la OPS también apoyen esta actividad).
- Incluir a los haitianos como una población prioritaria y desarrollar actividades específicas de las audiencias en lo que respecta a materiales de extensión y estrategia del Zika en creole. USAID/Santo Domingo espera tener acceso a los materiales desarrollados en Haití con asistencia de USAID/Port Au Price para poder compartirlos. Los próximos pasos incluirán un plan de acción para compartir recursos entre países y la distribución específica en RD.
- Acelerar el proceso de aprobación de materiales del Ministerio de Salud (a fin de comprobar la fidelidad con los mensajes del MOH) mejorando la coordinación entre los socios y el MOH, y garantizando que los materiales cumplan con la estrategia de SBCC.
- Abogar por un enfoque socio-ecológico respecto del control del vector que vaya más allá de la familia. Por ejemplo, explorar y ampliar nuevas iniciativas con el sector privado tal como la colaboración en la recolección y el desecho de neumáticos obsoletos y la creación de alianzas con la industria del turismo.
- Utilizar movimientos ambientales y de ecoturismo para establecer alianzas, especialmente con el sector privado.

Guatemala

- Reforzar el liderazgo del GT *Aedes* con personal que se centre exclusivamente en la respuesta ante el *Aedes* que también cuente con redes y vínculos políticos para abogar por la toma de decisiones y medidas en un nivel superior.
- Considerar la posibilidad de coordinar con la APROFAM y la Asociación de Obstetricia y Ginecología en lo relativo a la atención antenatal para mujeres embarazadas confirmadas con Zika en las áreas de captación de estas clínicas y proveedores.
- Apoyar la publicación y la distribución de la *Guía para la atención clínica de casos posibles o casos confirmados de Zika entre mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas y bebés recién nacidos* por parte del MSPAS para proveedores de salud.
- Traducir mensajes sobre el Zika, el dengue y la chikungunya (especialmente mensajes orales para publicidades de radio o comunicación interpersonal) en uno o dos idiomas mas para alcanzar a una mayor parte de la población.
- Reforzar la capacidad y la participación de la sociedad civil, incluido el OSAR, como modelo para otros temas tales como las enfermedades transmitidas por vectores y explorar la expansión de iniciativas promisorias de movilización social en Quetzaltenango.
- Capacitar al personal en campo de control del vector (operativos) en habilidades de comunicación interpersonal, prevención personal del Zika, la chikungunya y el dengue, así como también en el reconocimiento de síntomas y la búsqueda de atención médica.