



SECRETARÍA EJECUTIVA  
**COMISCA**  
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



**SICA**  
Sistema de la Integración  
Centroamericana

# **PROPUESTA TÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE LA MALARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA**

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y  
República Dominicana - SE-COMISCA

Mecanismo de Coordinación Regional - MCR  
Mecanismo Regional del COMISCA en VIH, Tuberculosis y Malaria

Comisión Técnica de Género y Salud - CTGS

Septiembre 2018

# CRÉDITOS

## **Revisión Final**

- Dr. Alejandro Solís, Secretario Ejecutivo del COMISCA
- Licda. María de los Angeles Campos, Directora de la Integración Regional en Salud de la SE-COMISCA
- Dr. Aurelio Nuñez, Presidente del Mecanismo de Coordinación Regional

## **Coordinación Técnica:**

- Dra. Rosibel Cruz, Secretaria Técnica del Mecanismo de Coordinación Regional
- Licda. Andrea López Quijano, Coordinadora de Género e inclusión social en Salud de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA

## **Aportes y validación del documento**

- **Equipos técnicos nacionales de malaria y unidades de Género de los Ministerios y Secretaría de Salud de:** Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana.
- **Liga Regional de la Sociedad Civil de lucha contra la malaria.**
- **Mecanismos de Coordinación de País (MCP) de:** Guatemala, Costa Rica y Nicaragua
- **OPS/OMS.** Equipo Regional de Malaria.

# CONTENIDO

I	Abreviaturas	4
II	Antecedentes	5
III	Presentación	7
IV	Marco de referencia para el abordaje de la malaria desde la perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos	9
V	Situación de la malaria en la región del SICA	11
	a) Comportamiento de la malaria según sexo y edad	11
	b) La malaria y las poblaciones en vulnerabilidad	13
	c) Obstáculos para la eliminación de la malaria	16
	d) Retos nacionales para la eliminación de la malaria	19
VI	Descripción de la propuesta técnica	29
	a) Objetivo	29
	b) Líneas estratégicas	29
VII	Información, Educación y Comunicación	33
VIII	Compromisos y monitoreo regional	34
IX	Anexos	35
X	Revisión Bibliográfica	36

## I. ABREVIATURAS

BLZ: Belize

COLVOL: Colaboradores Voluntarios

COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

CR: Costa Rica

DOM: República Dominicana

EMMIE: Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla Española

ESA: El Salvador

GUT: Guatemala

HON: Honduras

IEC: Información, Educación y Comunicación

IMTRADEC: Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario

IREM: Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria

MASIRAAN: Modelo de Atención en Salud Intercultural

MCR: Mecanismo de Coordinación Regional

MSP: Ministerio de Salud Pública

MTILD: Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

NIC: Nicaragua

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAN: Panamá

PPT: Presidencia Protempore

PRSS: Política Regional de Salud del SICA

RDT: Rapid Diagnostic Test

SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

SICA: Sistema de la Integración Centroamericana

SIGSA: Sistema de información gerencial de salud

STM-COMMCA: Secretaría Técnica de la Mujer del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana.

URACCAN: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense

## II. ANTECEDENTES

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, firmó en el año 2013 la “Declaración de eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla Española” en la que enfatizó la importancia de eliminar la malaria como una enfermedad que afecta no solo a las personas, sino que también impacta en lo social, el medio ambiente y la economía de los países de la región.

Es así, como en 2014 da inicio la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla española (EMMIE) que tuvo una vigencia de 3 años con la meta de cero casos autóctonos al 2020, para todos los países de la región del SICA y que incluyó a Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y Haití como país fronterizo con República Dominicana. Esta iniciativa contó con el financiamiento del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y finalizó su período en diciembre 2017 con la entrega de premios de fondos de recompensa a Belize, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá por haber alcanzado significativos avances en la reducción del número de casos autóctonos y mejoras en sus sistemas de vigilancia de la malaria.

El Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) fue la instancia técnica del COMISCA encargada de homologar la respuesta regional a la malaria y de monitorear la implementación de esta iniciativa.

Producto de este esfuerzo se elaboró un Plan Estratégico Regional de Eliminación de la malaria 2015-2020, el cual fue aprobado por el COMISCA en junio del 2015 y que incluye dentro de sus ejes orientadores el abordaje de los derechos humanos, la interculturalidad de la salud y la equidad de género.

A partir de enero del 2018, da inicio una nueva fase de implementación llamada Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria en Centroamérica y República Dominicana (IREM) la cual cuenta con el respaldo político del COMISCA a través de las resoluciones siguientes:

De la XLVI Reunión Ordinaria del 21 y 22 de junio 2017 en San José, Costa Rica:

- *Facilitar la participación de los puntos focales de la EMMIE y/o técnicos de salud de los países de la región en los diálogos regionales organizados por el MCR; a fin de preparar la segunda petición de fondos al Fondo Mundial para dar continuidad a las acciones de la EMMIE hasta el 2020, garantizando que la propuesta cuente con el respaldo de múltiples donantes.*
- *Expresar el interés y solicitar al BID, a la OPS y al FM, como socios estratégicos en la región, apoyar en forma conjunta, alineada y armonizada a los países a través de un mecanismo único, en la implementación de las acciones que conducirán a la eliminación de la malaria en la región al 2020.*

De la XLVII Reunión Ordinaria del 5 de diciembre de 2017 en la Ciudad de Panamá:

- *Dar por aprobado los avances en el diseño del esquema para la operación de la Iniciativa Regional de Eliminación de la malaria (IREM) e instruir a la SE-COMISCA y al MCR para dar el acompañamiento al BID y demás cooperantes en el proceso de*

*negociación, planificación, implementación y monitoreo de la Iniciativa en cada uno de los países y a nivel Regional.*

- *Instar a los socios de esta iniciativa para que, a través de la elaboración de una planificación conjunta se articule y complemente la asistencia técnica y financiera en los países que conforman la iniciativa.*

A partir del año 2018, se cuenta con un marco de apoyo a través de un socio de diversos actores y donantes en la IREM para garantizar la aceleración de intervenciones en los países y alcanzar la eliminación de la malaria en la región del SICA.

Con esta nueva iniciativa (IREM) se busca continuar con el proceso de Eliminación de la malaria en Mesoamérica y República Dominicana, reconocer y construir sobre los avances que los países de la región han logrado con el apoyo de la OPS/OMS, Fondo Mundial y otros socios, la conformación de una Facilidad que aporta recursos para cubrir las brechas técnicas y financieras identificadas a la fecha y contar con mecanismo catalítico y de aceleración hacia la eliminación de la malaria en los próximos años.

### III. PRESENTACIÓN

Los programas de malaria en la región han tenido éxito generalmente a la hora de reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad a lo largo de las dos últimas décadas, con la reducción de los casos de malaria en más del 90%<sup>1</sup>; sin embargo, después de años de reducciones vertiginosas, los países de mayor incidencia (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) han visto estancamientos en sus números de casos, o incluso aumentos.

Si bien los Estados Miembros<sup>1</sup> realizaron esfuerzos en respuesta a dicha alerta, el incremento de casos durante el 2017 denota la persistencia de las condicionantes y brechas en la respuesta. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud instan a fortalecer las acciones de vigilancia y control de la enfermedad, en especial las medidas relacionadas con la detección temprana de casos, el diagnóstico oportuno y el inicio inmediato del tratamiento. La acción principal para controlar la transmisión de la malaria es reducir las demoras entre el inicio de los síntomas y el tratamiento del caso, así como emprender acciones oportunas de investigación-respuesta.

La nueva propuesta regional de malaria (IREM) plantea un mecanismo innovador de mezcla de fondos de inversión, recursos nacionales y de donación para acelerar y apoyar los esfuerzos actuales de los países y socios en Mesoamérica para ser la próxima región del mundo en alcanzar y mantener la Eliminación de la Malaria en el 2020. Para ello es necesario invertir en acciones locales que fomenten la participación intersectorial con alto empoderamiento y consecuente involucramiento de la sociedad civil organizada y las comunidades para dejar instaladas las capacidades locales que lleven a la disminución progresiva de los casos y evitar la reaparición. Es así como el fomento del liderazgo comunitario es vital para la sostenibilidad de las iniciativas.

Las acciones aquí presentadas generarán condiciones para que los países de la región del Sistema de la Integración Centroamericana-SICA puedan articular y orientar sus programas de atención en el marco de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria en Centroamérica y República Dominicana lo cual requiere que las intervenciones propuestas en los planes de trabajo de los países adopten y adapten las líneas estratégicas a fin de contribuir a eliminar las barreras de acceso de los servicios de salud para la prevención, atención, diagnóstico y tratamiento oportuno basado en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y considerando las brechas de género, interculturalidad y derechos humanos.

Este documento ha sido elaborado con aportes de múltiples actores nacionales y regionales incluyendo los Ministerios y Secretaría de Salud a través de sus áreas de malaria y género, colaboradores voluntarios y sociedad civil organizada a nivel nacional y regional, equipos técnicos de los Mecanismos de Coordinación de País, miembros del Mecanismo de Coordinación Regional y la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

---

<sup>1</sup> Estados miembros, se refiere a los países que forman parte del Sistema de la Integración Centroamericana-SICA: Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana

Será útil realizar el análisis del comportamiento de la malaria con un enfoque de determinación social de salud con perspectiva de género, interculturalidad, e inclusión social, con el propósito de acercar las intervenciones a las comunidades meta, en el sentido que permita a las intervenciones ser más sensibles e incluir las cosmovisiones presentes en una región tan rica en cultura y heterogénea en prácticas sociales como es Centroamérica y República Dominicana.

El presente documento es un instrumento técnico formulado para contribuir a cerrar las brechas y disminuir los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de malaria por razones de género, edad, etnicidad y sexo.

## **IV. MARCO DE REFERENCIA PARA EL ABORDAJE DE LA MALARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS HUMANOS.**

A través de esta propuesta técnica, el MCR cumple un mandato del COMISCA, al operativizar el Plan Estratégico Regional de Eliminación de la Malaria 2015-2020 y articula acciones con el Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género en Salud 2014-2018, que en el Marco del PRSS 2015-2022 tiene como línea de acción estratégica la “Articulación e Intercambio de la Comisión Técnica de Género y Salud con otras comisiones del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana” con el objetivo de avanzar en la institucionalización de la igualdad y equidad de género con base en la articulación de las estructuras operativas del COMISCA, la SE-COMISCA y la STM-COMMCA.

La Política Regional de Igualdad y Equidad de Género del SICA mandata al sector salud a “Robustecer las capacidades de los sistemas de salud para que puedan integrar operativamente la perspectiva de los derechos humanos de las mujeres y el enfoque de ciclo de vida en la promoción, la prevención y la atención en salud”. De ella se desprenden medidas específicas para que la SE-COMISCA coordine intersectorialmente.

En el marco de la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 (PRSS 2015-2022) se establece la “Inclusión social y equidad de género en salud” como un principio rector, mismo que es asumido como principio y abordaje en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, el cual sostiene que:

a) Los países de la región tienen como reto superar la persistente desigualdad de género en todos los aspectos de las políticas públicas y los programas de salud.

b) Se requiere cambios institucionales que den respuesta a las preferencias, percepciones, normas y derechos de las personas.

c) La institucionalidad de la transversalización de género en las políticas y programas de la región busca no sólo asegurar la igualdad sino también contrarrestar las desventajas sociales asociadas a las mismas.

A nivel regional, las acciones estratégicas propuestas operativizan compromisos que en materia equidad e igualdad de género en salud tienen en su normativa los diferentes actores involucrados en la iniciativa para eliminar la malaria.

La propuesta técnica se encuentra adscrita a:

- La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) de Naciones Unidas que establece entre sus metas “Poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades transmisibles”.
- El Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 de OPS/OMS, el cual establece estrategias que promueven “la creación de capacidad para eliminar la malaria e impedir que se restablezca su transmisión con una participación comunitaria amplia, a fin de que el proceso contribuya a fortalecer

y sustentar los sistemas nacionales de salud, la vigilancia, los sistemas de alerta y respuesta y otros programas de eliminación de enfermedades, teniendo en cuenta factores relacionados con el género, la etnicidad y la equidad social”.

- La “Política sobre etnicidad y salud” de la OPS y de la Oficina Regional para las Américas de la OMS, cuyas líneas de acción estratégicas se orientan a generar un sistema de salud más equitativo e igualitario para los pueblos indígenas y afrodescendientes, entre ellas:
  - a) generación de evidencia,
  - b) impulso de la acción en materia de políticas,
  - c) participación social y alianzas estratégicas,
  - d) reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria, y
  - e) desarrollo de las capacidades a todos los niveles.
- El Objetivo Estratégico 3 de la Estrategia 2017-2022 del Fondo Mundial: Invertir para poner fin a las epidemias, busca “Promover y proteger los derechos humanos y la igualdad de género” a través de:
  - a) Ampliar los programas de apoyo a mujeres y niñas, incluidos los programas de fomento de la salud y los derechos en materia sexual y reproductiva;
  - b) Invertir para reducir las desigualdades de salud, entre ellas las relativas al género y la edad;
  - c) Introducir y ampliar los programas que eliminan los obstáculos relacionados con los derechos humanos en el acceso a los servicios;
  - d) Integrar las consideraciones de derechos humanos a lo largo de todo el ciclo de la subvención y en las políticas y procesos de formulación de políticas;
  - e) Apoyar la participación significativa de las poblaciones clave y vulnerables y de las redes en los procesos relacionados con el Fondo Mundial

A nivel nacional se cumple con las políticas de igualdad respectivas para cada país, donde cada una de ellas posee un apartado en salud que pone las prioridades en las acciones de salud para las mujeres en todo su ciclo de vida, y a nivel institucional, los ocho Ministerios de Salud comprendidos en el SICA tienen una política de igualdad.

## V. SITUACIÓN DE LA MALARIA EN LA REGIÓN DEL SICA

La Malaria o Paludismo es una enfermedad prevenible y curable; pero sin diagnóstico a tiempo o tratamiento adecuado es una enfermedad potencialmente mortal.

Es causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles*, llamados vectores de la malaria. Hay cinco especies de parásitos causantes del paludismo, dos de ellas - *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* - son las más peligrosas y son las que se encuentran en los países de la región del SICA.

En los últimos 18 años, en la Región de Centroamérica y República Dominicana, la respuesta contra la malaria ha provocado un descenso progresivo de su incidencia, entendida como el número de nuevos casos de malaria en un año por cada 1.000 habitantes en riesgo:

**Cuadro 1.** Incidencia de casos de malaria por país, medida para tres quinquenios.

País	2005	2010	2015	Cambio 2005 a 2015
Belize	18.7	1.6	0.1	-18.6
Costa Rica	5.1	0.1	0.0	-5.1
El Salvador	0.1	0.03	0.0	-0.1
Guatemala	10.2	1.6	1.4	-8.8
Honduras	15.6	8.1	2.6	-13.0
Nicaragua	9.5	0.9	2.9	-6.6
Panamá	28.6	3	3.7	-24.9
República Dominicana	2.3	1.9	0.3	-2.0

Fuente: World Health Organization, Global Health Observatory Data Repository/World Health Statistics

No obstante, los datos desagregados pueden apoyar a tomar decisiones pues focalizan necesidades y acercan las intervenciones dependiendo del nivel de desagregación de datos. Para el caso de la región del SICA el análisis parte de la desagregación por sexo y edad para transitar a aquellos grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad e identificar acciones específicas para la investigación, diagnóstico, tratamiento y abordaje de la malaria.

### a) EL COMPORTAMIENTO DE LA MALARIA POR SEXO Y POR GRUPOS DE EDAD

A nivel general, del número total de casos de malaria autóctonos e importados de la región SICA reportados para el período de enero 2017 a junio 2018, se distribuyeron en similar porcentaje entre hombres y mujeres.

A pesar de que el Informe de la situación de la Malaria en las Américas 2014 (OPS 2017) menciona que “en la Región de las Américas, los hombres corren un riesgo mayor de adquirir malaria que las mujeres” y que “esta tendencia ha sido uniforme a lo largo de los años y la malaria afecta principalmente a hombres de 15 a 24 años” se puede afirmar

que la región SICA enfrenta la feminización de la malaria, considerando que el 52% de los casos se reporta en hombre y el 48% en mujeres, según el siguiente gráfico.

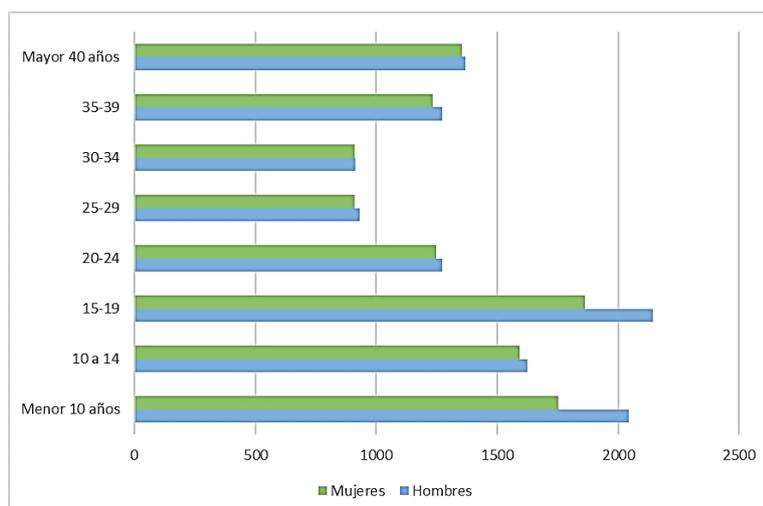
**Gráfico 1.** Porcentaje de casos de malaria en la región, según sexo, para el período de enero 2017 a junio 2018



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Ministerios y Secretaría de Salud de la Región SICA*

Ante estos datos la investigación a nivel de casos es necesaria y falta definir si esta tendencia se debe a la incorporación de las mujeres a los mercados tradicionalmente caracterizados como masculinos y ubicados en zonas maláricas (cultivos de caña y plátano), a la feminización de la migración o si la ubicación de estos casos la mayoría en un entorno rural da pistas sobre el atraso de la aplicación de los derechos de las mujeres y las mantiene aún sumidas en los roles reproductivos que mandatan las normas de género. El único caso particular donde la malaria se está urbanizando es en República Dominicana.

**Gráfico 2.** Situación de casos de malaria en la región del SICA, por edad y sexo para el período enero 2017 a junio 2018.



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Ministerios y Secretaría de Salud de la Región SICA*

En el gráfico anterior se revela que, a nivel regional, para el año 2017 y primer semestre del 2018, los casos de malaria por sexo y por edad se concentran en la población menor de 19 años, mientras que la población de 20 a 34 años presenta una distribución

descendente a medida se acerca a los 35 años, la aparición de casos se incrementa nuevamente a partir de los 35 años. Es necesario considerar los datos desagregados por país, para garantizar la implementación de estrategias de acuerdo a cada grupo identificado.

**Cuadro No 2:** Casos de malaria según grupos de edad y sexo en la Región del SICA para el año 2017 a junio 2018

Edad	Hombres	Mujeres
0-19 años	24%	22%
20-34 años	16%	15%
mayor de 35	12%	12%

En cuanto a porcentajes de casos, la distribución por grupos de edad muestra que las intervenciones deben repensarse para alcanzar a poblaciones más jóvenes y pensar nuevas estrategias que amplíen las intervenciones a otros grupos de edad y reduzcan las acciones adultocentristas.

## **b) LA MALARIA Y LAS POBLACIONES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD**

Algunos grupos de población corren un riesgo considerablemente más elevado que otros de adquirir la enfermedad y presentar manifestaciones graves: niñez lactante y menor de diez años, las mujeres embarazadas, las personas con VIH, así como los emigrantes no inmunes de zonas endémicas, los viajeros y los grupos de población itinerante.

Sobre la población migrante, diferentes estudios y artículos científicos han identificado la migración como uno de los grandes desafíos para lograr la meta de cero casos autóctonos sobre todo en aquellos países que están más cerca de la eliminación.

Si se importan muchos casos de malaria, las medidas de control pueden parecer menos efectivas debido a un pequeño número de casos localmente adquiridos que surgen de casos importados. Si hay suficiente importación, los casos locales pueden continuar ocurriendo incluso cuando el número de casos de la malaria está bajo control.

Los desafíos surgen al medir la sostenibilidad de la eliminación, tanto en términos de cuantificación del impacto de las medidas de control en la transmisión en el período previo a la eliminación, como en la determinación del riesgo de resurgimiento una vez que se logra la eliminación.

La movilidad de personas que trabajan entre países vecinos es frecuente en la región y, aunque la malaria no es transmisible por contacto, las personas que llegan infectadas desde las fronteras vecinas pueden ser picadas por mosquitos, que son considerados vectores que transmiten la enfermedad.

Suelen ser personas que trabajan en el campo, en lugares pantanosos o, peor aún, que entran de manera ilegal y obtienen trabajos precarios, lo que aumenta su vulnerabilidad a adquirir la enfermedad.

Los principales problemas que afectan a esta población son los envenenamientos por uso de pesticidas, enfermedades transmitidas por vectores, picaduras o mordidas de insectos o serpientes, enfermedades gastrointestinales, en donde esta última se relaciona con la falta de agua potable y servicios de saneamiento adecuados, así como el acceso limitado a alimentos nutritivos.

Los vínculos entre migración y salud son debido en parte, a los riesgos sanitarios que experimentan las personas migrantes, pero también a su papel involuntario – causados obviamente por su movilidad y no por su condición de migrantes – en la propagación de enfermedades infecciosas como la malaria.

En Costa Rica los migrantes nacionales y foráneos realizan diferentes actividades laborales, entre ellas colecta de café, caña de azúcar, industria de la construcción lo que implica los riesgos de trabajo propios de estas actividades.

De acuerdo con Naciones Unidas (ONU, 2016) el 28% de la mortalidad materna se debe a causas no obstétricas, entre ellas la malaria y la infección por VIH; y de 5.9 millones de infantes menores de 5 años que murieron en 2014 por causas prevenibles, el 43% murió por enfermedades infecciosas, principalmente neumonía, diarrea y malaria.

En la región del SICA dentro del número de casos registrados se ubican a mujeres embarazadas, además de personas que pertenecen a los pueblos originarios y poblaciones afrodescendientes, como se puede observar en el cuadro 3.

**Cuadro 3.** Situación regional de casos de malaria por grupo poblacional en la Región del SICA, para el período de enero 2017 a junio 2018.

Tipo de población	Consolidado Regional			Países que reportan los casos
	Hombre	Mujer	Total	
Miskito	6,809	6,603	13,412	HON y NIC
Indígena	434	330	764	PAN
Embarazadas	N/A	448	448	GUT, HON, NIC, PAN, DOM
Mayangas	89	103	192	NIC
Migrantes	33	28	61	DOM
Blanca	23	10	33	PAN
Negra	19	7	26	HON, NIC, PAN
Negra de habla inglesa	7	8	15	HON
Ramas	5	0	5	NIC
Garífuna	3	2	5	HON y NIC
Pech	1	0	1	HON
Tolupán	1	0	1	HON

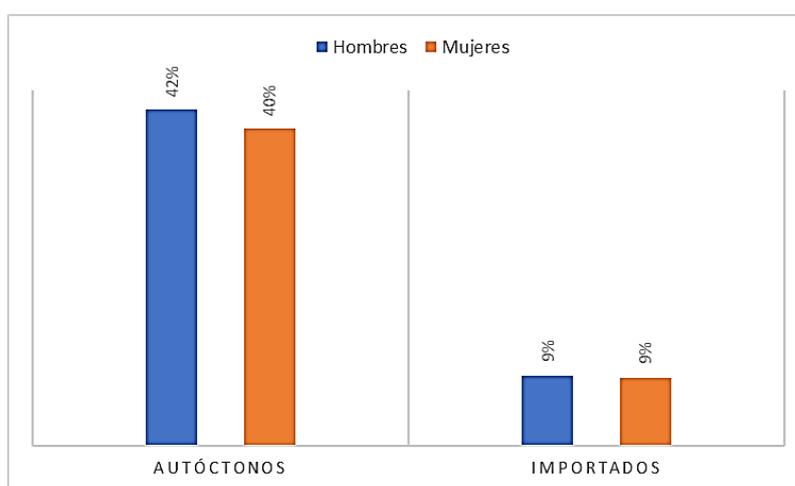
*Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por los Ministerios y Secretaría de Salud de la región SICA.*

La riqueza de presentar los datos desagregados nos permite definir a 3 grupos de poblaciones clave para intervenciones específicas: miskitos radicados en Honduras y Nicaragua (correspondientes a un 59.78% del total de los casos reportados en la región del SICA), pueblos indígenas de Panamá (3.41% del total de los casos de la Región del SICA) y mujeres embarazadas (2.0% del total de los casos de la región del SICA).

En este punto se debe mencionar a Guatemala, que reporta un total de 9,691 casos de malaria para el período reportado; pero a pesar de la existencia de cuatro pueblos distintos (maya, garífuna, xinka y ladino) y de la coexistencia de 22 idiomas, las estadísticas nacionales no recogen la desagregación por pueblos; sin embargo se debe considerar que las zonas maláricas tienen presencia de pueblos originarios, 60% de los casos de malaria suceden en el Departamento de Escuintla donde el 7.2% son indígenas (OPS 2016) y el 18% en los departamentos de Alta Verapaz (89.7% de presencia de pueblos originarios) e Izabal (con un 26.8 de porcentaje de población indígena).

Muchos de los casos importados (el 18% del total de casos en la región del SICA) se refieren a poblaciones migrantes, entre los países de origen de las personas migrantes reportados en las estadísticas de malaria están: Nicaragua, Guatemala, Honduras, Panamá, Venezuela, Perú, Colombia, Surinam y diversas partes de África.

**Gráfico 3.** Consolidado regional de casos de malaria autóctonos o importados, según sexo, para el período enero 2017 a junio 2018



*Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por los Ministerios y Secretaría de Salud de la región SICA.*

Además del curso de vida, el género y la interculturalidad es necesario considerar la interseccionalidad, un enfoque que visibiliza la doble o triple discriminación a la que se enfrentan las personas debido a su contexto, lastimosamente no existen datos a nivel de la región que nos permitan desarrollar fácilmente un análisis de inequidades, sin embargo, a nivel nacional si puede ser posible.

A continuación, un ejemplo de datos que describen la interseccionalidad relacionada a la pertenencia a un pueblo originario en Guatemala:

<b>Situación socioeconómica de la población, según etnicidad</b>		
	<b>Indígena</b>	<b>No indígena</b>
Pobreza total por etnicidad	79,20%	46,60%
Alfabetismo por etnicidad	67,65%	86,30%
Años de escolaridad promedio	4	6,6
Consulta a médico por enfermedad, accidente o chequeo médico, por etnicidad	29,10%	47,20%
Población en área rural según etnicidad	62,90%	49%

Fuente: elaboración en base a ENCOVI 2014

Las zonas maláricas se caracterizan por ser rurales, con un número alto de personas viviendo en situación de pobreza, que son analfabetas y que consultan poco a la medicina occidental. En este sentido las intervenciones de diagnóstico, prevención y atención de la malaria deben ser intersectoriales, cuidando de fortalecer la rectoría en salud de los Ministerios o Secretaría de Salud.

### c) OBSTÁCULOS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA

De acuerdo con la información reportada por los países, entre los obstáculos comunes para la eliminación de la malaria existentes para la región del SICA son:

- \* **Las normas de género como limitantes del acceso y equidad a los servicios de salud.**

La distribución y la falta de equilibrio en las responsabilidades domésticas y laborales y la división sexual de las actividades productivas (remuneradas o no) crea una brecha de inequidad que pone a ambos géneros en situación de vulnerabilidad, por un lado a la mujer en su situación de subordinación del hombre, con menos derechos para decidir sobre su vida y la de su progenie y por consiguiente con menos opciones de recibir información y menos protagonismo a la hora de participar en la toma de decisiones para la salud personal, familiar y comunitaria. Y por su parte, el hombre, responsable de ser el proveedor es quien más expuesto está debido a la horas y lugares de dónde realiza su actividad en las zonas por excelencia maláricas, a ello se introduce el factor de no consulta médica por conductas machista.

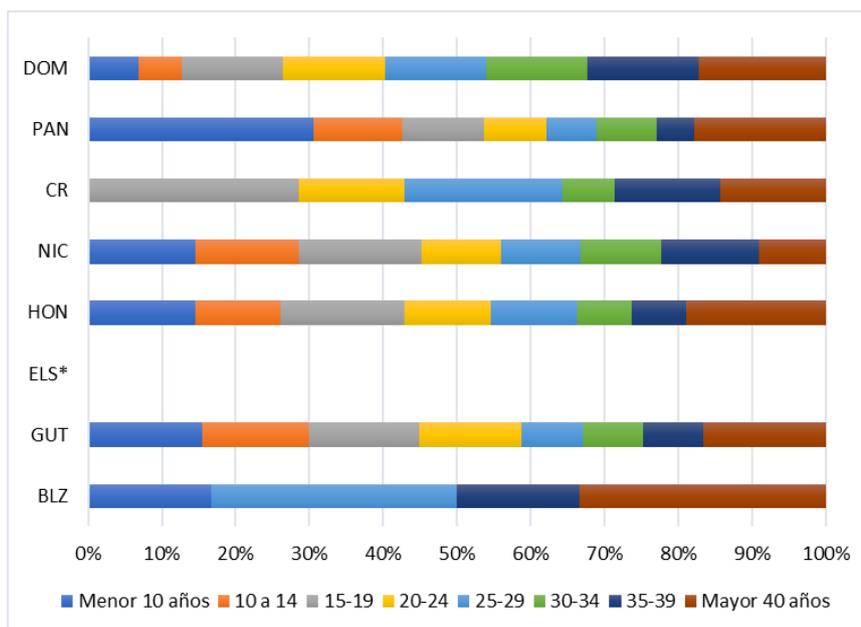
La Comisión Técnica de Género y Salud del COMISCA a través del Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género en Salud 2014-2018 sostiene que “El enfoque de igualdad de género aporta un visión científica, analítica y política sobre las relaciones de mujeres y hombres”, por tanto las normas establecidas socialmente entre hombres y mujeres en un contexto determinado son variables de análisis a la luz de situaciones diversas, en este caso las intervenciones para eliminación de la malaria, para superar este obstáculo es necesario analizar:

- *Roles y estereotipos.* En los hogares de las zonas rurales el hacinamiento hace que se compartan camas, se debe tener en cuenta entregar suficientes mosquiteros para evitar la desprotección de los hombres, quien en su rol de protectores y por el estereotipo masculino de arriesgarse cederán el mosquitero a las niñas y las mujeres.

- *Condición y posición de la mujer.* La distribución y la falta de equilibrio en las responsabilidades domésticas y laborales y la división sexual de las actividades productivas (remuneradas o no) crea una brecha de inequidad que pone a la mujer en una situación de subordinación del hombre, con menos derechos para decidir sobre su vida y la de su progenie y por consiguiente con menos opciones de recibir información y menos protagonismo a la hora de participar en la toma de decisiones para la salud personal, familiar y comunitaria.

Si la región fuera un mundo únicamente conformado por mujeres las intervenciones de género deberían de focalizarse en Nicaragua, seguida de Honduras y focalizar sus esfuerzos en la población menor de 19 años.

**Gráfico 4.** Número de casos de malaria en mujeres de la Región SICA, para el período de enero 2017 a junio 2018



*Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por los Ministerios y Secretaría de Salud de la región SICA. \*El Salvador no presentó datos desagregados por sexo*

**\* Estigma y discriminación de poblaciones afectadas.**

El estigma, el prejuicio y la discriminación a las poblaciones indígena, afrodescendientes, móviles, migrantes, y las poblaciones sexualmente diversas, es un problema presente en los servicios de salud. Probablemente las causas de estas conductas es la normalización de la violencia social, sin embargo, no hay una evidencia cualitativa que lo respalde y es un reto su construcción. Para superar estas barreras sociales y culturales es necesario fortalecer el talento humano de los servicios de salud; se busca que los servicios de salud sean sensibles, empoderados de la legislatura que sanciona estas situaciones, con atenciones diferenciadas y que permitan la suficiente flexibilidad para incluir personalizaciones en las intervenciones y centrar el servicio en las personas.

Por otra parte, también es necesario eliminar el estigma y la discriminación del ámbito laboral, específicamente de la salud ocupacional de la población migrante. La salud ocupacional es un bien que tiene que ser asegurado a toda persona trabajadora por igual, sea nacional o extranjera, cuando desarrolla labores que, efectuadas sin las medidas adecuadas de prevención, puedan causar un perjuicio a su salud. Especial atención debe tenerse con la persona trabajadora migrante, en relación a sus condiciones específicas de ergonomía, cultura, idioma y contexto social en el que se encuentra.

**\* Participación de la sociedad civil en la formulación de estrategias, programas y políticas de salud de alto impacto.**

La falta de involucramiento y empoderamiento de las poblaciones afectadas pone en riesgo los resultados de impacto de los programas, ya que al implementar acciones que no han sido consultadas, pueden no ser bien recibidas por la población e incluso ser rechazadas. Por tanto, es necesario que las repuestas nacionales sean inclusivas,

efectivas, justas y basadas en derechos, garantizando que las intervenciones responden a poblaciones claves y vulnerables, derechos humanos y barreras relacionadas al género, la cultura y la edad. A su vez aumentando las inversiones para abordar las barreras estructurales y culturales de cada una de las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento e investigación. En algunos países se debe fortalecer el liderazgo comunitario como una acción para la sostenibilidad de las intervenciones y en otros se debe fortalecer el trabajo intersectorial.

El cambio de comportamiento es un gran reto en la respuesta hacia la eliminación de la malaria y la sociedad civil vista desde una integración local, comunitaria, conocedora de los saberes ancestrales, se convertiría en un apoyo al sistema de salud para lograr los criterios de calidad mínimos en los servicios de salud.

**\* Elementos de interculturalidad como condicionantes de acceso y equidad en los servicios de salud.**

La barrera que la pobreza, la exclusión social da a las poblaciones indígenas, afrodescendientes y las poblaciones sexualmente diversas, se exagera cuando las mismas se convierten en poblaciones móviles, donde los servicios de salud ven limitada su atención por barreras idiomáticas y culturales y se vuelve frecuente en los servicios el estigma, el prejuicio y la discriminación.

La falta de elementos que permitan la interculturalidad y la resistencia del personal de salud y de las políticas mismas a permear los servicios con aspectos inclusivos como servicios de salud en diversos idiomas y respetuosos de las cosmovisiones y tradiciones culturales de los pueblos originarios y afrodescendientes. Los elementos de infección y diagnóstico analizados desde la interculturalidad podrían ser fundamentales para evitar las dobles o triples discriminaciones que sufren las personas cuando no se sienten cómodas con los métodos de la medicina tradicional u occidental.

La falta de elementos que permitan contar con todos los saberes que entiendan y aborden la interculturalidad, así como la falta de sensibilidad y resistencia del personal de salud y de las políticas mismas a permear los servicios con aspectos inclusivos como servicios de salud en diversos idiomas y respetuosos de las cosmovisiones y tradiciones culturales de los pueblos originarios y afrodescendientes. Los elementos de infección y diagnóstico analizados desde un abordaje antropológico de la interculturalidad podrían ser fundamentales para evitar las dobles o triples discriminaciones que sufren las personas cuando no se sienten cómodas con los métodos de la medicina tradicional u occidental.

Para superar estas barreras es necesario fortalecer el talento humano de los servicios de salud a nivel comunitario para lograr hacerlos más sensibles y que permitan la suficiente flexibilidad para incluir personalizaciones en las intervenciones y centrar el servicio en las personas.

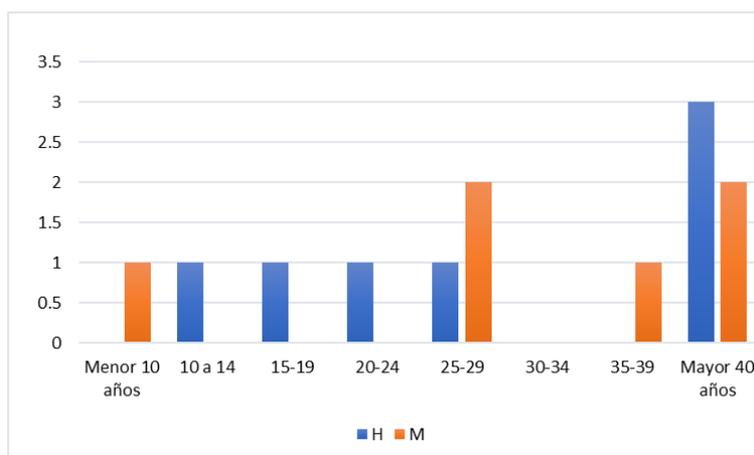
La comunicación intercultural y todos los mensajes deben ser elaborados en base a conocimiento de las diferentes culturas existentes en las comunidades y llegar a un mejor conocimiento que permita eliminar la malaria en la región.

## d) RETOS NACIONALES PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA, DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

### 1. Belize

Los casos reportados por Belize incluye casos autóctonos e importados, desglosados según sexo y edad, lo cual refiere un aumento en la población adulta mayor de 40 años.

**Gráfico 5.** Número de casos de malaria en Belize, según grupo de edad y sexo para el periodo enero 2017-mayo 2018



*Fuente: Elaboración propia, basado en datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Belize.*

Los casos de malaria autóctonos provienen de: Trio Village, Silk Grass Village y Benque Viejo del Carmen Town.

Entre las intervenciones realizadas por el país están:

- Las poblaciones mayas con una historia reciente de malaria están siendo priorizadas para la distribución de mosquiteros y el rociado residual intra domiciliario, factorizando las condiciones económicas, la presencia de vectores y la vulnerabilidad, en un esfuerzo por prevenir la reintroducción.
- Establecimiento de una plataforma basada en la comunidad en 15 localidades prioritarias (activas y residuales no activas) mediante el cual se reclutaría voluntarios para fortalecer la vigilancia pasiva, la educación y el compromiso de la comunidad.
- La distribución de repelentes y mosquiteros a las mujeres embarazadas como parte de la iniciativa comenzó en 2016 con la introducción del Zika.

Las poblaciones en situación de vulnerabilidad identificadas por el Ministerio de Salud son: Poblaciones móviles, poblaciones situadas en puntos de comercio ilegal y de trabajo agrícola (banana, cítricos y caña de azúcar) y comunidades indígenas mayas del sur del país. Las principales áreas objetivo son pueblos en la zona bananera al sur del país y pueblos en el norte a lo largo de la frontera con México.

Los retos nacionales identificados son:

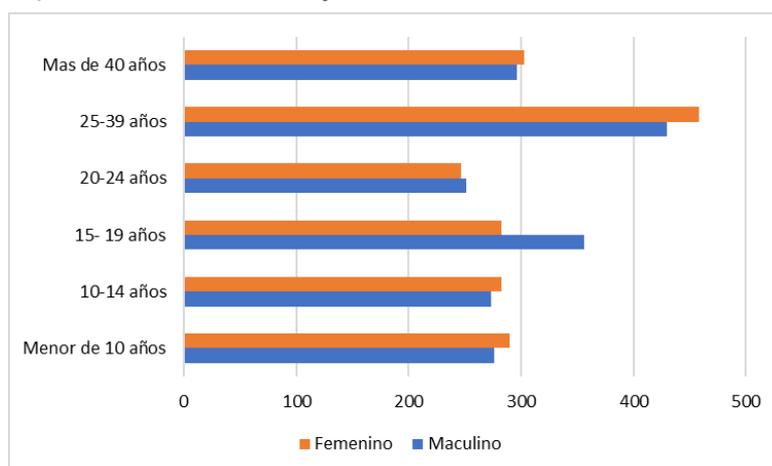
- Identificación e involucramiento de la sociedad civil y las comunidades.

- Involucramiento de otros actores y sectores. Enfoque intersectorial (Centros escolares, parteras, empresas, líderes religiosos, entre otros).
- Introducción de RDT en 15 localidades prioritarias para reducir el tiempo de diagnóstico a tratamiento dentro de las 72 horas.
- Fortalecimiento del sistema de información para desagregar datos por población para la identificación de estrategias eficaces.
- Fortalecimiento de laboratorios para el diagnóstico rápido.
- Belize comparte una frontera al oeste con Guatemala y al norte con México Existe cooperación binacional para la salud con México, pero en los últimos años no se ha priorizado la malaria. La vigilancia y colaboración transfronterizo debe ser una prioridad.
- Sensibilizar al Personal de salud sobre la atención integral a la población indígena y comunicación a través de su idioma natal.

## 2. GUATEMALA

De los casos reportados por Guatemala para el periodo enero 2017-mayo 2018 el 50.5% son hombres y 49.5% son mujeres, concentrados en las personas menores de 24 años, especialmente los adolescentes hombres entre los 14 y los 19 años, le siguen las mujeres mayores de 40 años (ver gráfico 6).

**Gráfico 6.** Número de casos autóctonos de malaria en Guatemala, según grupo de edad y sexo, para el periodo enero 2017 a junio 2018



*Fuente: Elaboración propia, basado en datos proporcionados por el SIGSA.*

Los casos de malaria autóctonos provienen de: Escuintla, Alta Verapaz, Izabal y Suchitepequez.

Entre las intervenciones realizadas por el país están:

- Acercar el diagnóstico y tratamiento a los trabajadores agroindustriales.
- Desarrollo y fortalecimiento de las alianzas estratégicas con los empresarios agroindustriales, para dotarles de una primera entrega de MTILD'S.
- Información Educación y Comunicación (IEC) para el cambio de conducta.
- Estudio antropológico sobre malaria.
- En zonas endémicas de malaria realizar gota gruesa desde el primer control prenatal y en forma rutinaria durante cada control.
- En municipios de mayor incidencia de la enfermedad realizar búsqueda proactiva en fines de semana y días festivos.

- Fortalecer la búsqueda pasiva en establecimientos de salud en horarios en los que regularmente únicamente se atienden emergencias.

Los retos nacionales identificados son:

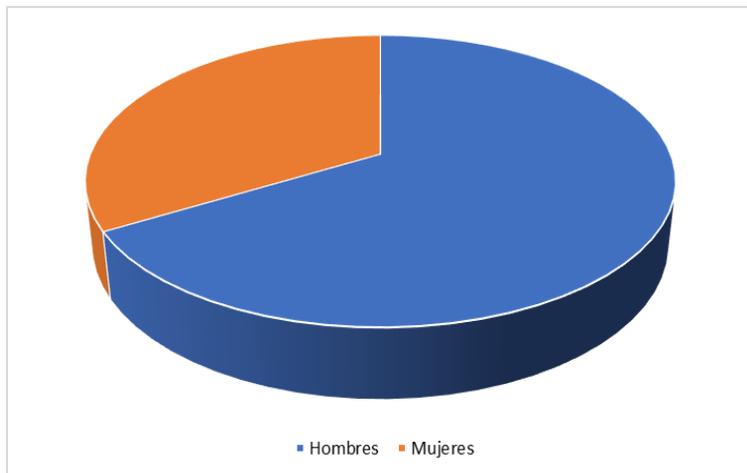
- Limitación al acceso de los servicios de salud y educación.
- Pobreza, analfabetismo y ruralidad.
- Identificar a las comadronas que aún no forman parte del grupo de colaboradores voluntarios, de los distritos con mayor número de casos, para que se integren, fortaleciéndolas en la toma de gota gruesa para que dentro de los servicios que brindan a las mujeres embarazadas ofrezcan también el diagnóstico y tratamiento de malaria.
- Acciones de IEC para el cambio de conducta basadas en el idioma de la población más afectada (evitar automedicación, uso y cuidado del MTILD). y uso de medios radiales en los idiomas comunes según el área geográfica
- Abastecimiento de insumos de laboratorio y medicamento en todos los niveles.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica en las fronteras (notificación e investigación de casos)
- Prevenir la automedicación.
- Más de 22 idiomas en el país, lo que dificulta alcanzar a la población en situación de vulnerabilidad debido a la falta de fondos para reproducción de materiales culturalmente adaptados a los pueblos originarios.
- Capacitar a los ColVol sobre la malaria, medidas preventivas, acciones comunitarias, vigilancia pasiva, organización y liderazgo comunitario.
- Fortalecer el trabajo intersectorial.

Las poblaciones en situación de vulnerabilidad identificadas por el Ministerio de Salud de Guatemala son: Trabajadores de la agroindustria (labores de siembra y cosecha de azúcar, palma africana, y banano), los cuales en su mayoría son hombres, además de trabajadores locales, trabajadores migrantes estacionales, población pobre, rural e indígena y las mujeres en todo su ciclo de vida.

**3. EL SALVADOR**

Para el año 2017, El Salvador solo reportó tres casos importados de Guatemala, siendo en su mayoría hombres. Ver gráfico 7

**Gráfico 7.** Número de casos de malaria importados, en El Salvador, según grupo de edad y sexo, para el año 2017. De los 3 casos reportados en el año, 2 corresponden a hombres y un caso de mujer.



*Fuente: Elaboración propia, basado en datos del Programa Nacional de Malaria del Ministerio de Salud.*

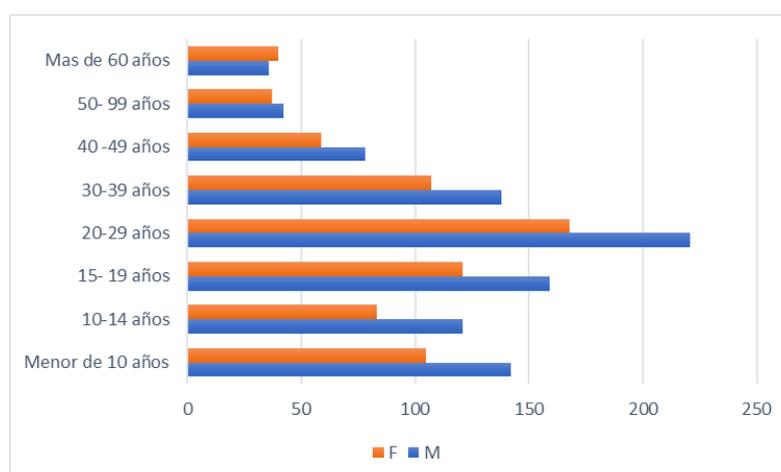
### Retos nacionales identificados:

- Captación de más CoVol y fortalecimiento de sus capacidades.
- Involucramiento de otros actores y sectores claves, como la empresa privada, centros escolares, líderes comunitarios, ONG´s
- Definir y planificar estrategias para prevenir la reintroducción de casos de malaria en áreas libres a partir de casos importados.
- Buscar espacios para generar un Tratado de Cooperación Técnica entre los países que comparten fronteras con El Salvador, a fin de acelerar la interrupción de la malaria autóctona en países fronterizos; y prevenir la reintroducción de la malaria en el nuestro, a partir de casos importados
- Conflictos sociales, violencia de maras e inseguridad que limitan el acceso de la población a los servicios de salud y al personal técnico hacia las comunidades debido al dominio y control territorial de los diferentes grupos conflictivos.
- Los factores socioeconómicos de poblaciones en pobreza y desempleo es otra determinante que no permite transportarse al servicio de salud, aunque la atención es gratuita.

## 4. HONDURAS

De los casos reportados por Honduras para el periodo enero 2017-junio 2018 el 57% son hombres que se ubican predominantemente entre los 15 a los 29 años.

**Gráfico 8.** Número de casos de malaria autóctonos e importados en Honduras, según de edad y sexo, para el período enero 2017 a mayo 2018.



*Fuente: Elaboración propia, basado en datos proporcionados por la Secretaría de Salud de Honduras.*

Las regiones que concentran el 91 % de los casos son registrados en Islas de la Bahía, Gracias a Dios, Colon y Yoro. A nivel de municipios; Roatán, Puerto Lempira, El Progreso y Sonaguera acumulan el 71% (247) de los casos de malaria.

Se identifica como poblaciones más afectadas a: Indígenas, afrodescendientes, miskitos y negra de habla inglesa.

### Entre las intervenciones realizadas están:

- Instalación de mosquiteros de forma masiva, se inició con la distribución a mujeres embarazadas, la entrega se acompaña con toma de gota gruesa.
- Manual de organizaciones y funciones de colaboradores voluntarios de malaria con base comunitaria.
- Garífunas y negros descendientes de habla inglesa no aceptan MTILD sino rociado, por lo que se ha cambiado la intervención.
- En 2010 se realizó traducción de materiales al Miskito; pero no han continuado la reproducción por falta de fondos.

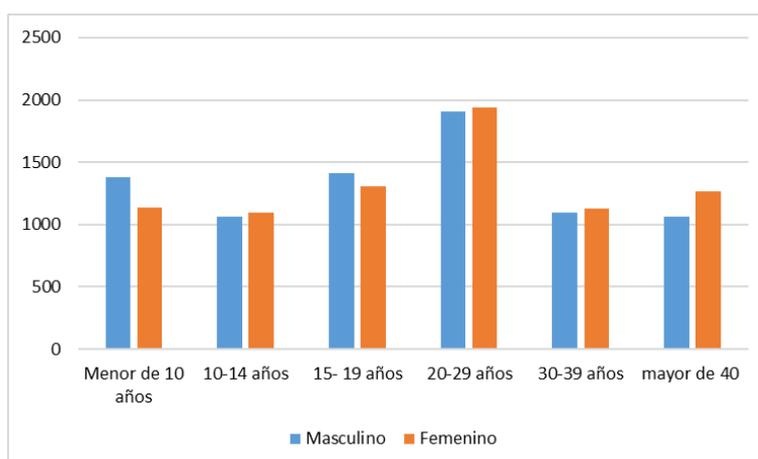
### Los retos nacionales identificados son:

- Baja disponibilidad de fondos para reproducción de materiales culturalmente adaptados.
- Generación de evidencia científica en género, su uso y difusión oportuna, que sirva de base para la toma de decisiones y que dé cuenta de las brechas de inequidad e impacto de las intervenciones en salud de las mujeres y los hombres.
- Formulación de estrategias basadas en la comunidad y en la cosmovisión de la población de Miskitos y afrodescendientes.

## 5. NICARAGUA

Los casos reportados por Nicaragua para el periodo enero 2017-mayo 2018 representan un 50.4% de hombres y un 49.6 % de mujeres. Es uno de los países de la región donde la feminización es más fuerte y como se puede observar en el gráfico 9 se focaliza en la población entre los 15 a 29 años la mayor parte de los casos, sin embargo, la niñez menor de 10 años no debe desatenderse:

**Gráfico 9.** Número de casos autóctonos e importados de malaria en Nicaragua, según sexo y edad, para el período de enero 2017 a junio 2018



*Fuente: Elaboración propia, basado en datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Nicaragua.*

Los lugares más afectados por malaria son: Puerto Cabezas, Rosita, Siuna, Waspam, Mulukuku y Bonanza.

### Entre las intervenciones realizadas por país están:

-El Modelo de Salud Intercultural MASIRAAN con el objeto de mejorar la situación de salud a través del ejercicio equitativo de los distintos sistemas de salud que coexisten en la región, dirigido a poblaciones multiétnicas, donde la provisión de los servicios de salud enfatiza el rescate de la medicina tradicional ancestral; ello implica la transformación del sistema de salud.

### Los retos nacionales identificados son:

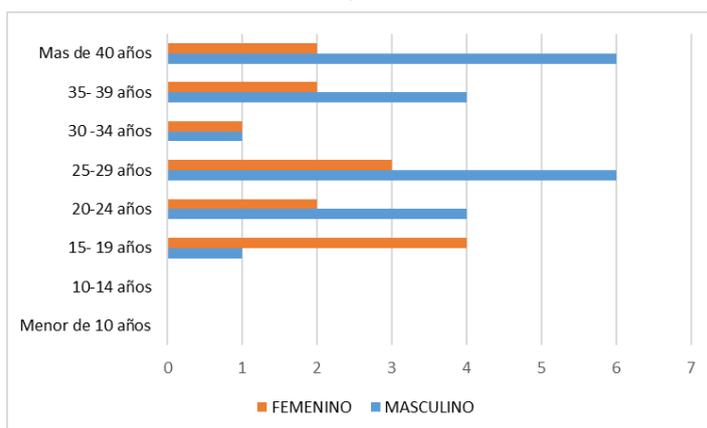
- El cambio climático, la creciente producción agrícola y ganadera de forma expansiva amenazan con la presencia de Malaria en territorios de difícil acceso a servicios de salud.
- Actividades de prevención y atención asociadas a la migración de los diferentes grupos étnicos y a la cosmovisión de los grupos étnicos ante la enfermedad.
- Déficit de colaboradores voluntarios en zonas urbanas.
- La percepción de riesgo de malaria es baja si se habla de malaria. La población considera que ha vivido con malaria siempre y no lo ven como un problema de salud (Malaria). Pero si lo nombran como RIHSIKSA si es un problema para la población; siendo la misma enfermedad.
- Fortalecer el plan de comunicación regional con estrategias inclusivas que tomen en cuenta las lenguas maternas de los pueblos (Creole, Garífuna, Miskitu, Mayangna y Rama) de la Costa Caribe, incluyendo la realización de una campaña educativa con metodologías populares en las comunidades y barrios dirigidas a cambios de comportamientos.
- Desarrollar las capacidades del personal de salud para la atención integral sensibles a género, múltiples culturas e idiomas, además de su integración con los médicos tradicionales o curanderos, para reducir los riesgos y complicaciones de la enfermedad.
- Desarrollar diálogos de saberes e intercambios de experiencias entre ambos sistemas de salud nacional y tradicional, facilitado por el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADEC) de la universidad URACCAN.
- La población económicamente activa se moviliza en busca de mejores oportunidades de trabajo lejos de las comunidades por tal razón: los esquemas de antimaláricos no se completan y la malaria es transmitida dentro y fuera de sus hogares con esta movilización laboral.
- Fortalecer el compromiso y trabajo intersectorial en la respuesta local integral contra la malaria, involucrando a múltiples actores.
- Diseñar procesos de sensibilización a grupos focalizados de riesgo y más afectados por malaria.

Las poblaciones en situación de vulnerabilidad identificadas son: Miskita, Mestizos, Mayangna. En los últimos años el desplazamiento de familias miskitas y mayagnas de áreas rurales a áreas urbanas asentándose en áreas de alto riesgo de transmisión de Malaria y sin una infraestructura sanitaria.

## **6. COSTA RICA**

Los casos reportados por Costa Rica para el periodo enero 2017- mayo 2018 que incluye casos autóctonos e importados son un reflejo de la tendencia de comportamiento, donde se ven más afectados los hombres representados en un 61%, como se puede apreciar en el gráfico 9.

**Gráfico 9.** Número de casos autóctonos e importados de malaria, en Costa Rica, según edad y sexo para el período enero 2017 a junio 2018.



*Fuente: Elaboración propia, basado en datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Costa Rica.*

Los casos se focalizan en tres grupos de edad, sin embargo, se debe tener en cuenta la brecha de género existente en la población de 15 a 19 años

Los lugares en donde fueron detectados casos autóctonos de malaria durante el año 2017 son: Matina, Sarapiquí y San Carlos.

Entre las intervenciones realizadas por país están:

- Garantizar la atención médica de los casos y sus contactos en todo el territorio nacional independiente de su condición en la seguridad social o su estatus migratorio, acorde a la normativa vigente.
- Manejo integrado de vectores, de acuerdo a normativa nacional vigente, incluyendo actividades de coordinación y participación con sociedad civil.

La población civil de localidades muy receptivas y vulnerables se ve afectada por la migración de trabajadores sin residencia fija de países con alta transmisión, lo que conlleva a la introducción de casos de malaria en esas zonas.

Los retos nacionales identificados son:

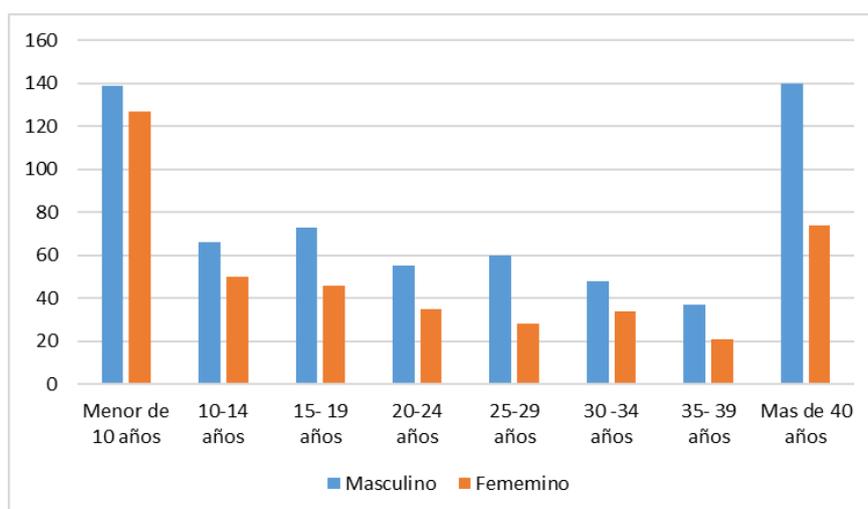
- Personas migrantes desconocen la oferta de servicios de salud, independiente de su estatus migratorio. No se acercan al centro de salud por temor a ser deportados.
- Baja percepción de riesgo y falta de reconocimiento de los síntomas propios de malaria, por lo que no se consulta a los centros de salud.
- Auto medicación: las personas migrantes, prefieren tomarse un medicamento antes de acudir a una consulta médica.
- En algunos lugares los centros de atención médica son distantes de los sitios de trabajo, por lo que se dificulta la oportunidad de atención.
- Costa Rica tiene fronteras con países de alta incidencia de casos de malaria, por lo que los acuerdos de cooperación binacional y los compromisos de colaboración conjunta, deberán ser una prioridad para evitar la reintroducción, lo que incluye definir mecanismos de colaboración binacional en el tema de eliminación de la Malaria.
- Sensibilizar a los patronos y empresarios ante los riesgos de la malaria y la importancia de la prevención.

- Fortalecer las acciones de educación e información sobre la malaria desde la primaria y secundaria.
- Débil presencia de la Sociedad Civil organizada y aliada con el estado.

## 7. PANAMÁ

Los casos reportados por Panamá para el periodo enero 2017- mayo 2018 se focalizan en la población menor de 10 años y en los hombres mayores de 40, como se puede ver en el gráfico 10 hay una preponderancia de casos en los hombres (60%):

**Gráfico 10.** Número de Casos autóctonos e importados de malaria en Panamá, según edad y sexo, para el período de enero 2017 a mayo 2018



*Fuente: Elaboración propia, con base a datos MINSA. Departamento de Control de Vectores, Sección de Estadísticas*

Las áreas más afectadas por casos de malaria son: las comarcas Guna Yala, Comarca Ngobe Buglé, Darién y Panamá Este.

**Las poblaciones en situación de vulnerabilidad identificadas son: las indígenas, mestizo y negros.**

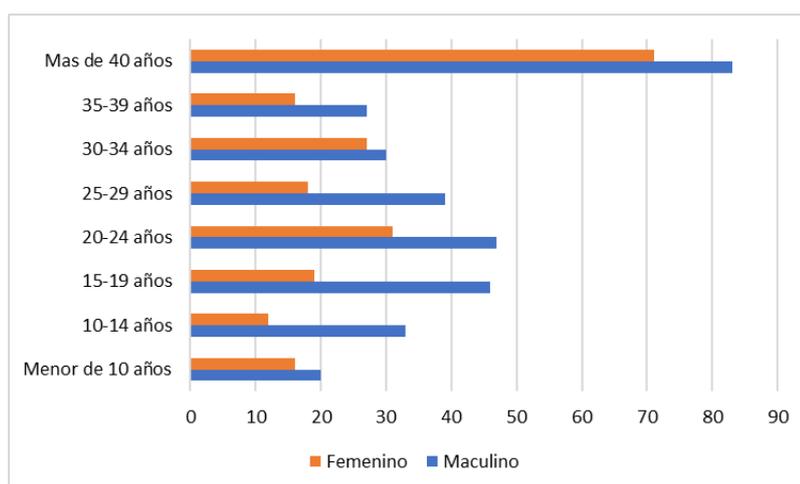
Los retos nacionales identificados son:

- Elaborar información oportuna y adecuada al contexto e idioma de las comunidades, que incluya la representación física de imágenes y textos según su cultura.
- Fortalecer a las parteras y lideresas comunitarias con conocimientos acerca de la malaria.
- Impulsar las prácticas ancestrales en cuando a la barridas de las calles, limpieza de las casas (ya que con eso una está ganando puntos en el más allá).
- Fortalecimiento de organizaciones comunitarias en cada isla.
- Sensibilización del personal de salud para considerar las dos dimensiones de salud y dar apertura a la atención integral de las comarcas y en actividades de prevención de boni gordiggid.
- Reforzar las capacidades del personal en los puestos de migración para identificación oportuna de casos.

## 8. REPÚBLICA DOMINICANA

Los casos reportados por República Dominicana para el período enero 2017 a mayo 2018, cumplen las tendencias históricas y afectan más a los hombres, en este caso a los mayores de 40 años en primer lugar y luego al grupo de 15 a 24 años.

**Gráfico 10.** Número de casos de malaria autóctonos e importados en República Dominicana, según edad y sexo, para el período enero 2017 a junio 2018.



*Fuente: Elaboración propia, con base a datos del Programa Nacional de Control de Malaria/ Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis/MSP.*

En la República Dominicana, se afectan a los hombres con mayor frecuencia y las personas en edades productivas (entre 10 a 49 años), lo cual se traduce en días de trabajo perdidos, para la población afectada; sin embargo, hay que tomar en cuenta al grupo de afectados mayor de 40 años, sobre todo en las estrategias de prevención.

Los casos de malaria autóctonos provienen de Santo Domingo, La Altagracia, San Pedro de Macorís, Monte Cristi, San Juan de la Maguana, San Cristóbal, Independencia, Baharona, Baoruco, El Seibo, Dajabón, Hato Mayor, Azua.

Entre las intervenciones realizadas por el país están:

- Vigilancia permanente y acciones para el diagnóstico y control de la malaria en áreas receptoras de focos activos y/o residuales inactivos de zonas agrícolas y con actividades de construcción donde hay contratación de mano de obra migrante.
- Existe vigilancia permanente de la malaria en toda la frontera
- Realizar sinergia con los Ministerios de educación para abordar a los y las estudiantes en tema de eliminación de la malaria.
- Integrar a las niñas y las adolescentes como parte de la estrategia para la eliminación.

Considerando el término de vulnerabilidad como aquellas zonas donde existe importante movimiento migratorio, lo cual conlleva que en una zona "receptiva" (con presencia de vectores) haya transmisión; Las poblaciones migrantes de Haití y Venezuela, son consideradas vulnerables.

Los retos nacionales identificados son:

- Mantener acuerdos de colaboración y coordinación para la vigilancia y control de la malaria en áreas turísticas y agrícolas.
- La atención fronteriza en la alta movilización de los haitianos hacia República Dominicana.
- La atención a migrantes con malaria por Plasmodium vivax, siendo la especie de Plasmodium falciparum la que predomina en República Dominicana.

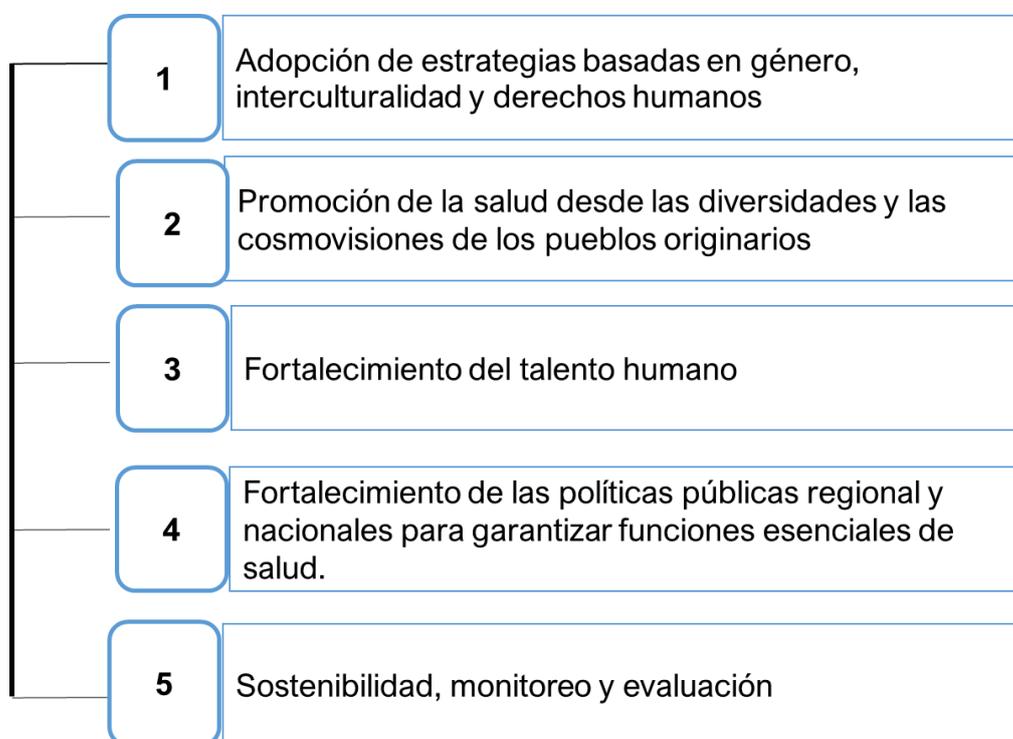
## VI. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA

La presente propuesta plantea una dirección hacia la implementación de la Política Regional de Igualdad y Equidad de Género del SICA, exponiendo acciones generales y transversales para atender necesidades específicas de mujeres y hombres en todo su ciclo de vida, teniendo en cuenta las diferentes costumbres, tradiciones y cultura de las poblaciones situadas en áreas consideradas vulnerables.

### a) OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Incorporar el enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos en las intervenciones para la prevención y atención de la malaria en Centroamérica y República Dominicana.

### B) LÍNEAS ESTRATÉGICAS



La propuesta se divide en cinco líneas estratégicas, cada una de ellas contiene acciones clave a desarrollar a nivel de los países de la región.

Las acciones promueven el avance en los siguientes aspectos:

- Cumplir con los compromisos políticos que se adquirieron en torno a la equidad de género e igualdad de oportunidades en la región del SICA.
- Contribuir en la construcción y elaboración de evidencia técnica sobre “género y malaria” que impacte las políticas públicas de salud.

- Plantear formas de trabajo intersectorial y cumplir con los mandatos de los instrumentos jurídicos regionales (PRSS y PRIEG) en materia de equidad e igualdad.

## C) ACCIONES CLAVES



### LE 1. Adopción de estrategias basada en género, interculturalidad y derechos humanos.

Esta línea estratégica busca potencializar la participación de las personas en la elaboración de planes de intervención con el fin de reducir los obstáculos de acceso a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y eliminación de la malaria.

#### Acciones Claves:

- Incluir pautas de atención de malaria en los servicios a niñas, adolescentes y mujeres embarazadas, especialmente en zonas maláricas..
- Mejorar el acceso a servicios de salud y a los insumos maláricos visibilizando los roles, estereotipos y participación de las personas con una perspectiva intercultural. Por ejemplo, considerar que los hombres no dormirán bajo el mosquitero, sino que será entregado a mujeres, niñas y niños.
- Establecer acciones de coordinación con los sistemas de salud de los pueblos originarios y afrodescendientes (medicina integrativa).
- Establecer medidas para tratar los riesgos ocupacionales en los que influye la división sexual del trabajo por género, etnia y edad. Por ejemplo, incrementar las acciones de salud dirigidas a los hombres en tiempo de recolección de caña de azúcar y banano, pesca, cultivo de arroz



### LE 2. Promoción de la salud desde las diversidades y las cosmovisiones de los pueblos originarios

Esta línea estratégica busca fortalecer los sistemas comunitarios en salud para la autogestión, liderazgo, participación social y empoderamiento de las poblaciones claves para la promoción de la salud desde las cosmovisiones de los pueblos.

#### Acciones Claves:

- Mapeo de actores de la sociedad civil a nivel local (Organizaciones de base comunitaria) y/o apoyo para conformación de Ligas Nacionales para la lucha contra la malaria.

- b) Desarrollar intervenciones dirigidas a las poblaciones identificadas como vulnerables, con especial énfasis en el curso de vida y tomando en cuenta la progresiva independencia de la adolescencia.
- c) Desarrollo de material informativo y educativo que apoye en la prevención de la transmisión y el diagnóstico oportuno orientado a la prevención y eliminación de focos de transmisión, utilizando los medios de difusión culturalmente aceptados.
- d) Inclusión del tema de malaria en los Consejos de comunidades indígenas.
- e) Realizar investigaciones sobre el impacto de la medicina tradicional y las creencias culturales (especialmente de la toma de gota gruesa) sobre las intervenciones de malaria en los países
- f) Vincular el uso de la medicina tradicional y complementaria en los enfoques de prevención, atención y eliminación de la malaria.
- g) Capacitación sobre malaria a lideresas, comadronas o parteras para que el acompañamiento de los controles pre-natales y que contemple la toma de gota gruesa, respetando las prácticas de los partos culturalmente adaptados.
- h) Fomentar la participación del voluntariado con equidad de género y tomando en cuenta los grupos de edad vulnerables.
- i) Desarrollo de actividades que disminuyan el adultocentrismo en las intervenciones y propongan acciones lúdicas para niñas, niños y adolescentes. El diseño de las mismas debe contar con la participación de este sector poblacional.



### LE 3. Fortalecimiento del talento humano

Con esta línea estratégica se pretende avanzar en la institucionalización y transversalización del enfoque de género e inclusión social en todos los servicios de prevención, atención y tratamiento para la eliminación de la malaria.

#### Acciones Claves:

- a) Fortalecer la coordinación interna de las unidades de género y los departamentos de malaria en los Ministerios y Secretaría de Salud, para el seguimiento a la implementación del marco Normativo en Salud en este contexto.
- b) Diseño y producción de materiales informativos sobre salud dirigida tanto a las/os prestadores de servicios de salud como a usuarias/os, tomando en cuenta las especificidades de cada grupo: género, edad, capacidades diversas, orientación sexual, pertenencia étnica (idioma) y territorial.

- c) Ampliar la participación del personal local experto en el tema, como eje transversal en las intervenciones.
- d) Articulación e intercambio entre el MCR con la Comisión Técnica Regional de Recursos Humanos en Salud y otras estructuras operativas de COMISCA como la Comisión Técnica Regional de Género y Salud, la CTR de Investigación en Salud, el grupo de epidemiología, entre otros.
- e) Fortalecimiento de recursos humanos para servicios de salud en malaria sensibles a los derechos humanos, inclusivos y respetuosos con la diversidad, la identidad sexual, la interculturalidad y el idioma.



#### **LE 4. Fortalecimiento de las políticas públicas regional y nacionales para garantizar funciones esenciales de salud.**

A través de esta línea estratégica se promueve la incorporación del enfoque de derechos humanos e inclusión social en las políticas públicas que aborden la eliminación de la malaria en las instituciones del estado a nivel regional y nacional.

##### **Acciones Claves**

- a) Fortalecer los sistemas de información de la Región SICA para permitir un análisis cuantitativo y cualitativo desagregado de las barreras de los servicios de salud para la eliminación de la malaria con énfasis en las poblaciones en situación de vulnerabilidad y basada en la evidencia.
- b) Formular planes de trabajo regionales y nacionales que de manera explícita incorporen elementos de interculturalidad, género, y potencien la participación de poblaciones móviles.
- c) Fortalecer las coordinaciones intersectoriales, interdisciplinarias e interfronterizas para eliminar la malaria. En dichas coordinaciones se incluirá a los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres, las instancias regionales de pueblos originarios y afrodescendientes, así como instituciones académicas (escuelas, universidades, etc.) y del sector productivo, especialmente aquellas identificadas como generadoras de población migrante o itinerante.



## LE 5. Sostenibilidad, monitoreo y evaluación

A través de estas acciones se prevé contar con un mecanismo de rendición de cuentas para monitorear y evaluar los avances en la implementación de esta estrategia y de los proyectos o programas vinculadas a la misma.

### Acciones claves:

- a) Desarrollar perfiles de proyecto para el financiamiento de iniciativas
- b) Integración del mecanismo para el adelanto de las mujeres definido por cada país para fortalecer la institucionalización del proceso.
- c) Promover la gestión de la salud por resultados y la calidad en la atención, desde una perspectiva de equidad de género
- d) Monitoreo y evaluación de la Estrategia para incorporar el enfoque de género y derechos humanos en las intervenciones para la prevención y atención de la malaria de Centroamérica y República Dominicana.

## VII. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN MALARIA

Es necesario resaltar que la mejora en el acceso a servicios de salud no es un aspecto exclusivo de cercanía e infraestructura, está vinculado al manejo de la información que desde los sistemas de salud se da a la población para sensibilizar, formar e informar.

La Red de Comunicación Regional del COMISCA sugiere una reflexión permanente para cerrar las brechas de información en salud para hombres y mujeres.

En el caso de malaria, es necesario fortalecer los instrumentos operativos y revisar los proyectos, lineamientos técnicos y protocolos de los Ministerios y Secretaría de Salud para asegurar que los obstáculos a los servicios de atención en malaria por razones género, sexo o etnia sean eliminados.

***Reflexión permanente respecto a la desigualdad existente en la salud de hombres y mujeres.***

Lenguaje	Datos	Temas	Medios
Lenguaje, contenido e imágenes con equidad, sin estereotipos ni sexismo.	Selección y análisis de fuentes de información - desagregada por sexo y edad	Búsqueda y presentación adecuada de datos y temas prioritarios	Selección pertinente de medios y canales

## VIII. COMPROMISOS Y MONITOREO REGIONAL

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, a través de la Resolución COMISCA 5-2018 relativa al abordaje de la malaria desde la perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, aprobaron la propuesta técnica basada en las líneas estratégicas expuestas por el MCR e instruye a la SE-COMISCA para que en conjunto con el Mecanismo de Coordinación Regional, Comisiones Técnicas Regionales, Grupos Técnicos especializados competentes den seguimiento a la implementación, monitoreo y evaluación de la propuesta técnica.

## IX. ANEXOS

### Anexo 1. Conceptos claves

- **Interculturalidad:** La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen en el interior de cada sociedad. Se toma en cuenta como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional.
- **Abordaje intercultural en salud:** todos los elementos y variables de la interculturalidad (adaptación de los servicios de salud, reconocimiento de la medicina tradicional) que se aceptan, incorporan y respetan en los servicios de salud. Por ejemplo, los procesos de adecuación cultural del parto o el abordaje del control prenatal, entre otros.
- **Enfoque intercultural en salud:** El enfoque intercultural en salud promueve la convivencia, la relación de respeto y la mutua aceptación entre la cultura del sistema de salud convencional y las diversas culturas por medio de la colaboración entre los recursos humanos en salud, la comunidad, la familia y los líderes sociales.
- **Perspectiva de género:** reconocer las relaciones de poder que se establecen entre los géneros, en general, favorables a los hombres y discriminatorias para las mujeres; comprender que han sido constituidas social e históricamente; que atraviesan lo social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión.
- **Enfoque de equidad e igualdad de género:** permite visualizar y reconocer la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres, expresadas en inequidades, subordinación y discriminación.
- **Curso de Vida:** El curso de la vida comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y las poblaciones, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte, o incluso trascender a futuras generaciones.
- **Interseccionalidad:** Una herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades.
- **Análisis interseccional:** Tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades.

## X. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo agosto 2004. Derechos de las mujeres y cambio económico
2. COMMCA, 2013. “Política Regional de Igualdad y Equidad de Género del Sistema de la Integración Centroamericana (PRIEG/SICA)”. Consejo de Ministras de la Mujeres del Sistema de Integración Centroamericana y República Dominicana, diciembre 2013.
3. COMISCA 2013. Declaración de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y La Isla Española
4. COMISCA, 2016. “Política Regional de Salud del SICA, 2015-2022” (PRSS). Marzo de 2016.
5. COMISCA, 2016. “Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020”. Marzo 2016.
6. Costa Rica 2015. Política Nacional de Salud
7. CTGS-COMISCA, 2014. “Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género en Salud 2014-2018”, (PETPGS). Comisión Técnica de Género y Salud del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (CTGS), Junio de 2014.
8. El Salvador. Nota Conceptual de malaria 2016-2019. “El Salvador libre de Malaria, un esfuerzo de país”
9. Fondo Mundial, 2017. “Estrategia 2017-2022: Invirtiendo para darle fin a las epidemias”
10. Fondo Mundial, enero 2017. Informe técnico Malaria, género y derechos humanos
11. Fondo Mundial, Nota Informativa 2014. Abordar las desigualdades de género y fortalecer las respuestas para las mujeres y las niñas.
12. Fondo Mundial, 15 de diciembre 2016, Nota informativa sobre la malaria
13. Honduras. Nota Conceptual de malaria 2018-2020
14. La Gaceta, Diario Oficial de la República de Honduras 2010. Plan de igualdad y equidad de género de Honduras 2010-2022.
15. MCR-COMISCA, 2015. “Plan Estratégico Regional para la Eliminación de la malaria en Centroamérica y La Isla Española, EMMIE 2015-2020”
16. Nicaragua 2006. Decreto No. 36-2006, del Programa Nacional de equidad de género
17. OPS/OMS, 2016. “Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020”. Julio 2016.
18. OPS/OMS, 2017. “Política sobre etnicidad y salud”. Mayo 2017.
19. OPS/OMS. Género y Salud, una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud.
20. OPS/OMS 2017. Marco para la eliminación de la malaria, Programa Mundial sobre el paludismo.
21. OPS/OMS 2014. Informe de la situación de la Malaria en las Américas.
22. OIM/UNFPA 2012, Manual de referencia: Migración Saludable en América Central.
23. Organización de las Naciones Unidas (2016). “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)”
24. UNDP/UNICEF The National Women’s Commission 2013. The National Gender Policy
25. República de El Salvador, Diario Oficial 2015. Política para la igualdad y equidad de género en salud.
26. Secretaría de Salud de Honduras. Plan Estratégico Nacional para la eliminación de la malaria Honduras 2018-2023