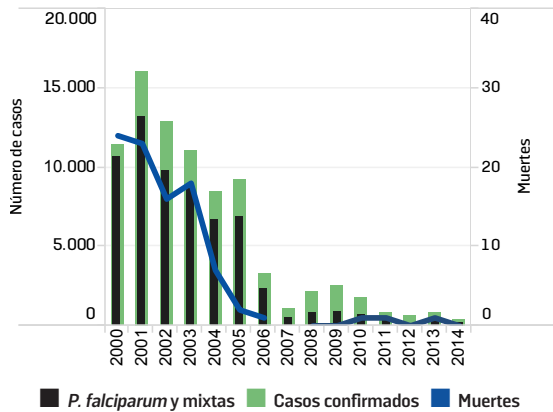


SURINAME

En Suriname hubo 401 casos confirmados de malaria pero ninguna muerte en el 2014 (figuras 1 y 2). La morbilidad ha disminuido un 96,5% en comparación con el 2000. En los últimos nueve años se han notificado solamente seis muertes relacionadas con la malaria.

El Escudo Guayanés, zona rica en minerales y con un exuberante bosque tropical húmedo, abarca Suriname, la Guayana Francesa, Guyana y partes de Venezuela, Colombia y Brasil. Muchas personas van a esta zona para trabajar en la extracción de oro, en algunos casos de forma legal y en otros de forma ilegal, lo cual explica la existencia de una gran población móvil que trasciende las fronteras. La zona del río Maroni, entre Suriname y la Guayana Francesa, ha sido motivo de especial preocupación.

Figura 2. Número de casos y muertes por malaria en Suriname, 2000-2014

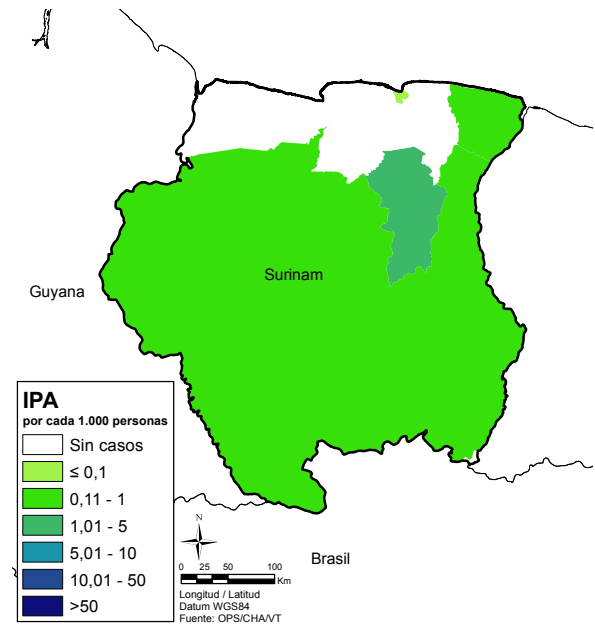


Aunque el mapa (figura 1) muestra la malaria en la mayor parte del interior del país, la malaria está concentrada en gran medida en las zonas mineras a lo largo de la frontera con la Guayana Francesa. La transmisión en los pueblos del interior solía deberse principalmente a *P. falciparum* y casi se ha eliminado. Se cree que los cimarrones que viven en esa parte del país posiblemente estén protegidos porque no tienen el antígeno Duffy que se necesita para que *P. vivax* pueda expresarse en los eritrocitos (45). Una proporción significativa de casos se importa de la Guayana Francesa (76% en el 2014), donde los mineros contraen la infección y cruzan a Suriname para recibir tratamiento.

Los hombres se vieron más afectados que las mujeres y representaron un 55,7% de los casos en el 2014 (figura 3). La incidencia de la malaria en los hombres fue mayor que en las mujeres: 82 y 66 casos por 100.000 personas por año, respectivamente. Los hombres de 30 a 34 años tuvieron la incidencia más alta (figura 4). La ocupación es un factor de riesgo para los hombres, especialmente los que trabajan en las minas.

An. darlingi es el vector principal en Suriname y *P. falciparum* era la especie principal causante de malaria en años anteriores. En el 2014, el 41% de los casos se

Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de distrito (ADM1), Suriname, 2014



debieron a *P. falciparum* y a infecciones mixtas, ya que la malaria ahora se limita principalmente a las zonas mineras.

Grupos prioritarios

En el 2006 se inició un programa de reducción de la incidencia de la malaria en las poblaciones del interior de Suriname, centrado en la detección de casos, el RRI y la distribución de MTILD en los pueblos del interior donde había poco acceso a servicios de salud. Este proyecto tuvo buenos resultados y se logró reducir la malaria en esta zona.

Los mineros del oro que trabajan en el Escudo Guayanés fueron la segunda población destinataria de las intervenciones, especialmente los extranjeros ilegales como los que en Brasil se conocen como *garimpeiros*. Posteriormente se llevó a cabo un programa, llamado "Buscando oro, encontramos malaria", dirigido específicamente a los mineros

Figura 3. Casos de malaria por edad y sexo en Suriname, 2014

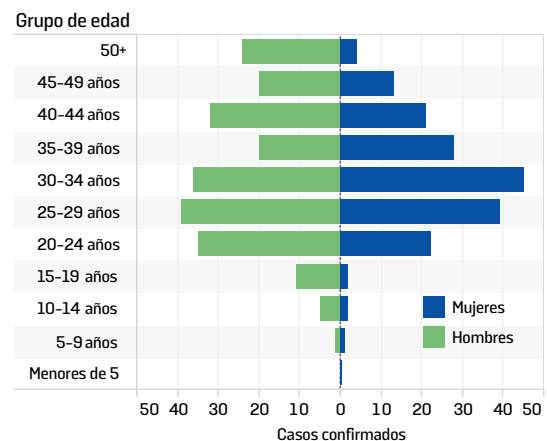


Figura 4. Incidencia de malaria por edad y sexo en Suriname, 2014

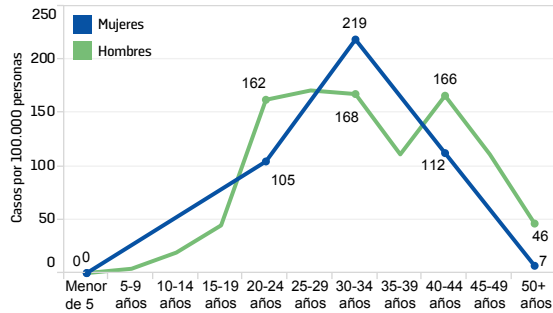
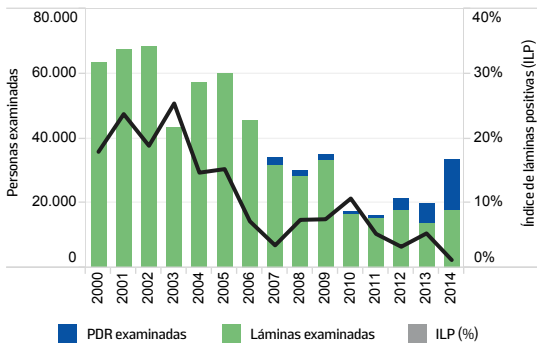


Figura 5. Láminas examinadas, PDR examinadas e ILP en Suriname, 2000-2014



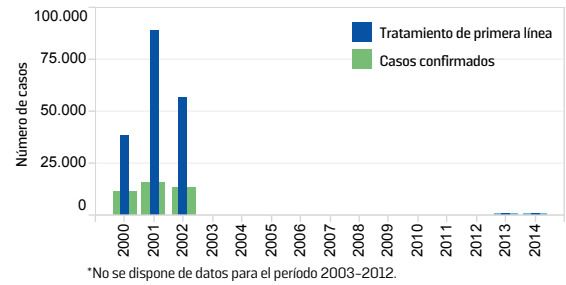
Diagnóstico y tratamiento

En Suriname se empezaron a usar PDR en el 2007 y, realizadas por trabajadores legos capacitados como personal de salud, se han convertido en un método decisivo para detectar casos entre los mineros de oro. Al 2014, el número de PDR examinadas casi equivalía al número de láminas examinadas (figura 5). Se supone que todas las PDR estén seguidas de un diagnóstico mediante microscopía, de acuerdo con las pautas del país, pero debido a las condiciones precarias en el terreno no se puede cumplir esta directiva. En el 2014 se examinaron 17.608 láminas, con un ILP de 1,21. Se usa una combinación de arteméter-lumefantrina como tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. falciparum*, mientras que para *P. vivax* se usa cloroquina y primaquina (figura 6). Se notificó una disminución de la sensibilidad de *P. falciparum* a la artemisinina en Suriname, aunque en otros estudios inéditos no se observó una disminución de ese tipo. Sin embargo, las condiciones en el Escudo Guayanés, especialmente en las zonas mineras, son propicias para la aparición de resistencia. Se consigue monoterapia con artemisinina, aunque de mala calidad, y los mineros no cumplen cabalmente el régimen de tratamiento.

Control de vectores

En Suriname se han usado MTI como método de control de vectores, pero su uso ha estado mermando desde el 2010 y se protegió solamente a 6.164 personas con estos

Figura 6. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Suriname, 2000-2014



*No se dispone de datos para el periodo 2003-2012.

mosqueros en el 2014 (figura 7). No se usa el RRI en el país para la prevención de la malaria.

Financiamiento

El Fondo Mundial ha patrocinado los dos proyectos antedichos, en tanto que la USAID apoya la Iniciativa AMI/RAVREDA. La USAID ha proporcionado fondos continuamente a Suriname desde el 2001 (figura 8). Desde 2006-2010 no se ha informado sobre los fondos aportados por el gobierno para el control de la malaria. Se hicieron estimaciones para la nota conceptual presentada al Fondo Mundial en el 2015, que indican que, con el transcurso de los años, el gobierno ha facilitado la mayor parte de los recursos financieros.

Figura 7. Personas protegidas por RRI y por MTI en Suriname, 2000-2014

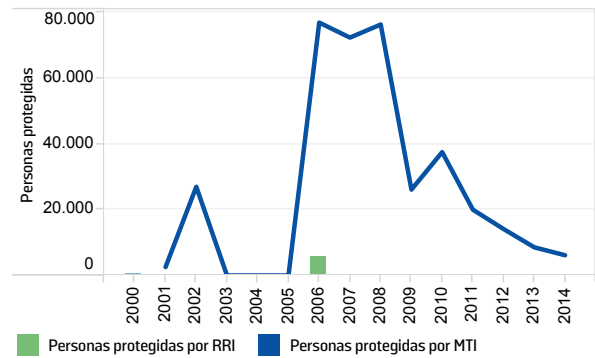


Figura 8. Financiamiento para la malaria en Suriname, 2000-2014

