

19 | Suriname

Descripción general de la situación

Figuras 1 a 5

En Suriname ha habido una disminución significativa de la transmisión del paludismo en años recientes. La enfermedad ha sido una prioridad de salud pública, principalmente porque ha tenido una de las tasas de incidencia más altas de la Región y la mayor proporción de casos causados por la especie *Plasmodium falciparum*. En los últimos cinco años, el país ha visto una reducción significativa de la transmisión, de 14.403 casos en 2003 a 1.477 casos en 2008.

La población total de Suriname es de menos de 500.000 habitantes, de los cuales la mayoría viven en las regiones costeras del país. Grupos amerindios, *maroons* no indígenas, poblaciones de ascendencia africana y una comunidad minera de origen mezclado, que incluye a inmigrantes brasileños, habitan las zonas al interior del país. En la costa norte de Suriname, donde vive la mayoría de la población, no hay transmisión de paludismo. El mayor riesgo de transmisión de la enfermedad se encuentra a lo largo del río Marowijne, en la frontera con la Guayana Francesa, y en las cercanías del lago Brokopondo en la región norcentral, donde se encuentra el vector *Anopheles darlingi*.

El descenso de la transmisión del paludismo se atribuye a tres factores principales: la introducción de tratamientos combinados con

base en artemisinina; una campaña de monitoreo financiada por el Fondo Mundial con el fin de intensificar las actividades de prevención y diagnóstico, y factores ambientales, incluidas las lluvias torrenciales e inundaciones de 2006, que produjeron como resultado cambios en la densidad de la población vectorial.

A pesar de la mejoría significativa de la situación epidemiológica, el paludismo todavía afecta a las poblaciones migrantes menos estables que trabajan en la minería; la carga de enfermedad en estos grupos no se conoce en su totalidad. En estas zonas donde la población migrante actúa de reservorio y lleva la infección de un lugar a otro, el control del paludismo es el principal desafío del Programa de Control.

Tendencias de la morbilidad y la mortalidad

Figuras 4 a 9

En la década de 1980, hubo un aumento de los casos de paludismo a continuación de un conflicto interno armado. La intensificación de la minería del oro y de la explotación forestal llevó también a un aumento de la transmisión a principios del decenio de 1990. Los brotes de 2003, tanto en las cercanías de la frontera sur que limita con el Brasil como en la región oriental de Marowijne, se asociaron con el aumento de la inmigración en las zonas de minería del oro.

Estas actividades realizadas por trabajadores migrantes siguen siendo el principal factor determinante de la transmisión del paludismo, debido a los desplazamientos de población en zonas de riesgo y la dificultad para garantizar el acceso a los servicios de salud.

La reducción de la transmisión en años recientes ha sido más pronunciada en el caso del paludismo por *P. falciparum*. El número de casos por esta especie disminuyó 92% entre 2000 y 2008. En el mismo período el número de casos por *P. vivax* descendió 62%. El número de casos de paludismo grave también se redujo, de 377 en 2003 a solo 50 casos hospitalizados en 2008. No se notificaron defunciones por paludismo en 2008.

Dispersión y focalización de la transmisión.

Figuras 1 y 12 a 19

La transmisión se encuentra focalizada en las cercanías del río Maroijne, que fluye a lo largo de la frontera con la Guayana Francesa; no obstante, el número de casos es muy bajo. En el distrito de Lagatabiki se notificaron 53 casos en 2008, el número más alto de ese año entre todos los distritos y 17% del total del país. En otros cuatro distritos, todos de la región del Maroijne, se notificó 50% del total de casos del país.

Dado que la densidad de población es relativamente baja en Suriname, las tasas de incidencia de paludismo son, en comparación con otros países, relativamente altas, aun cuando el número de casos es bajo. Si bien la incidencia del paludismo ha disminuido significativamente desde la década de 1990, en 2008 se notificó una incidencia que es cinco veces la de la Guayana Francesa y Guyana, sus vecinos. La tasa en Suriname se aproxima a la de países más grandes,

como Colombia y Perú, que tienen características entomológicas y demográficas diferentes. El distrito de Kawenhakam, en Maroijne, presentó la tasa de incidencia más alta, casi 150 casos por 1.000 habitantes. Esta tasa en la mayoría de los distritos que notificaron un número alto de casos estuvo alrededor de 15 por 1.000 habitantes.

Los principales focos de transmisión se encuentran en zonas de minería. Los mineros constituyen un grupo de población muy ambulante que se traslada tanto dentro de Suriname como entre los países vecinos.

Los principales focos de transmisión se encuentran en zonas de minería, cuyas condiciones de vida y laborales propician la proliferación de los vectores y la mayor exposición de los humanos a ellos.

Paludismo en poblaciones especiales

Figuras 25 a 28

En Suriname, tanto la transmisión rural del paludismo como los brotes son propios de las zonas de minería del oro. No se dispuso de datos sobre la distribución de los casos por edad y género en 2008. La población *maroon* y los inmigrantes brasileños que trabajan en la minería están entre los grupos más afectados por el paludismo, aunque la carga de enfermedad no ha sido debidamente captada por el sistema de salud.

Diagnóstico y tratamiento

Figuras 20 a 24, 29 y 30

En 2008, se examinaron 28.137 láminas de gota gruesa de los que se obtuvo una tasa de láminas positivas de 5,3%, entre las más bajas de los países amazónicos. La proporción de láminas positivas ha disminuido significativamente a lo largo del último decenio, lo que es compatible con los

esfuerzos realizados para mejorar la detección temprana de los casos. La detección activa se ha intensificado con el fin de mejorar el carácter oportuno del tratamiento. Recientemente se introdujeron las unidades móviles para proporcionar diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento antipalúdico. En años recientes, también se han estado usando las pruebas rápidas de diagnóstico que permiten iniciar el tratamiento antes de lo habitual en zonas remotas del país. No se dispone de estadísticas sobre el uso de pruebas rápidas en Suriname.

En 2004, se comenzó a usar la combinación de arteméter + lumefantrina como primera línea de tratamiento del paludismo por *P. falciparum*. Esta modificación de la política de tratamiento ha producido un gran efecto en la transmisión de ese tipo de paludismo. A partir de 2001, se comenzó a vigilar la resistencia a los medicamentos antipalúdicos como parte de las actividades de RAVREDA, iniciativa coordinada por la OPS y financiada por USAID a través de la Iniciativa sobre la Malaria en la Amazonia. En cuanto al tratamiento, la mayor dificultad que enfrenta el Programa de Control del Paludismo es el uso de medicamentos antipalúdicos no recomendados y la automedicación entre los mineros. Esta práctica contribuye a diseminar y perpetuar la transmisión.

Prevención y control vectorial

Figuras 31 a 33

La principal estrategia de prevención en Suriname actualmente es el uso de MTILD. El Programa de Control distribuyó más de 70.000 mosquiteros en años recientes y prácticamente toda la población que habita en zonas endémicas tiene acceso a ellos. A modo de complemento, se han aplicado insecticidas de acción residual conjun-

tamente con los mosquiteros tratados con insecticidas, pero no hay datos sobre esa estrategia en el país.

Desde el principio de la década de 2000, se han hecho avances en el uso de mosquiteros tratados con insecticidas por medio de la participación de la comunidad en su venta y uso. La disponibilidad de MTILDs conjuntamente con los recursos financieros del Fondo Mundial han permitido aplicar esta estrategia en gran escala, a pesar de que ha habido que realizar actividades de educación y comunicación sobre la forma de manipular y lavar los mosquiteros. Recientemente se ha fortalecido en el país la capacidad de monitorear los efectos de los insecticidas de acción residual.

Financiamiento del control del paludismo

Figura 34

En los cuatro años más recientes, la mayor parte del financiamiento de las actividades de control del paludismo ha sido proporcionado por el Fondo Mundial. En 2004, se aprobó la propuesta nacional a la Cuarta Ronda del Fondo Mundial, y en 2007 se obtuvo nuevo financiamiento para actividades de control del paludismo entre la población minera que contribuye de manera importante a la perpetuación de la endemia.

USAID, por medio del proyecto AMI, que coordina la OPS desde 2002, ha financiado la cooperación técnica sobre varios aspectos de monitoreo del programa, que se han visto enriquecidos con las contribuciones del Fondo Mundial. La información sobre el financiamiento gubernamental y del Fondo Mundial para el control del paludismo no estuvo disponible a tiempo para elaborar este informe.

Figura 1. Número de casos según especies por municipio, 2008

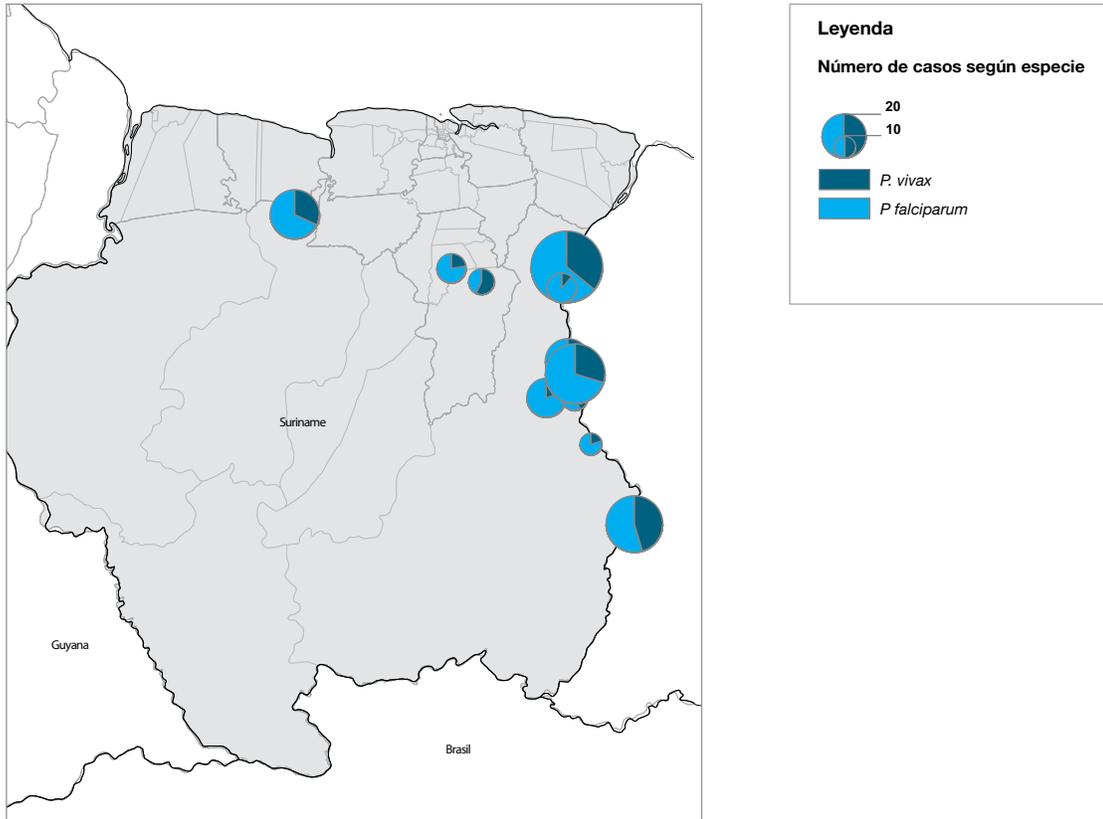
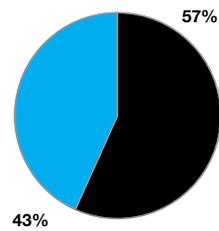


Figura 2. Proporción de casos según especies, 2008



Especie de *Plasmodium*

■ *P. vivax*

■ *P. falciparum* y mixtas

Figura 3. Número y proporción de casos de paludismo por especie a nivel ADM1 (estado/departamento/provincia/región), 2008

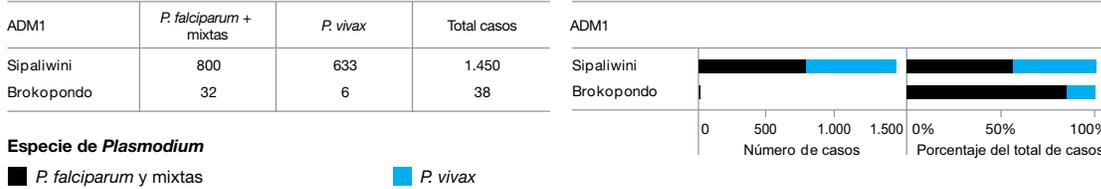


Figura 4. Número de casos por especie, 2000 a 2008

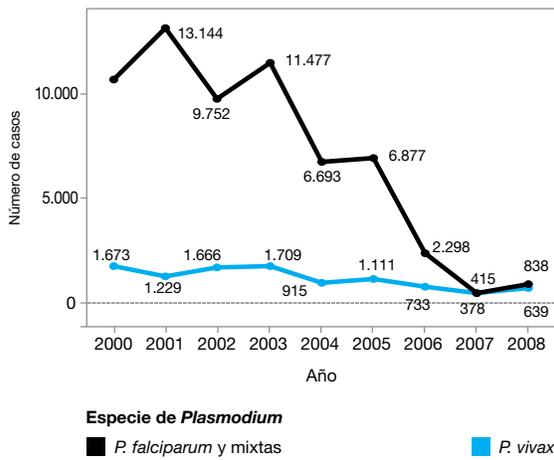


Figura 5. Número de casos de paludismo, 2000 a 2008

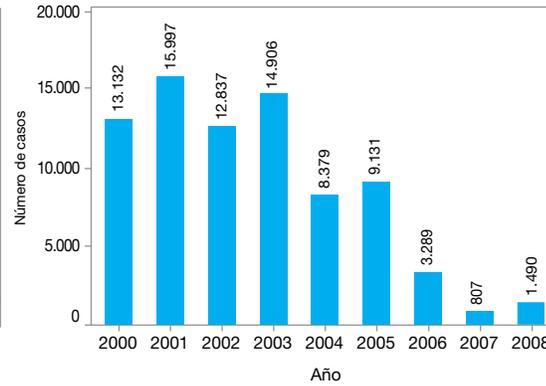


Figura 6. Número de muertes por paludismo, 2000 a 2008

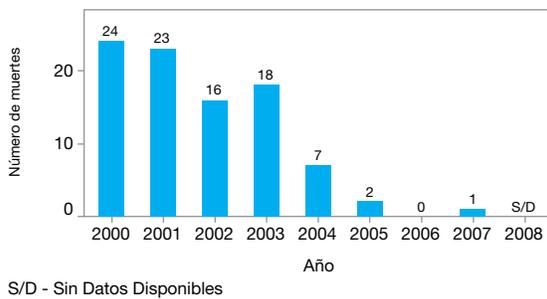


Figura 7. Número de casos de paludismo hospitalizados, 2000 a 2008

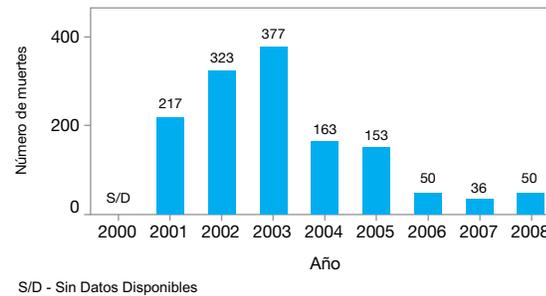


Figura 8. Variaciones anuales en el número de casos por especie

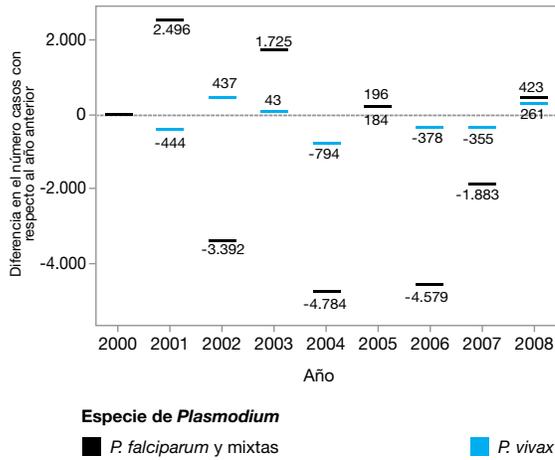


Figura 9. Cambio porcentual del número de casos de paludismo con relación a 2000

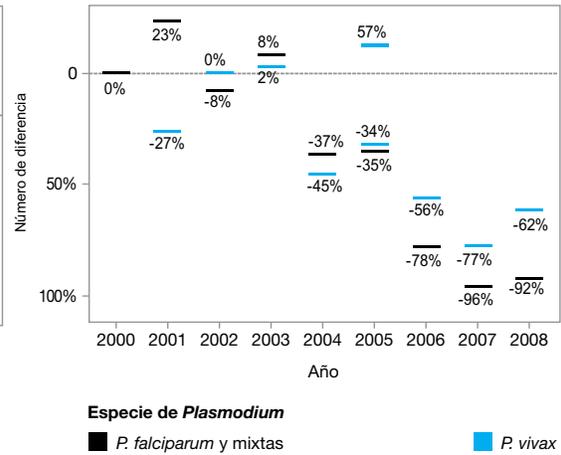


Figura 10. Número de casos y metas de RBMI y MDG para 2010 y 2015

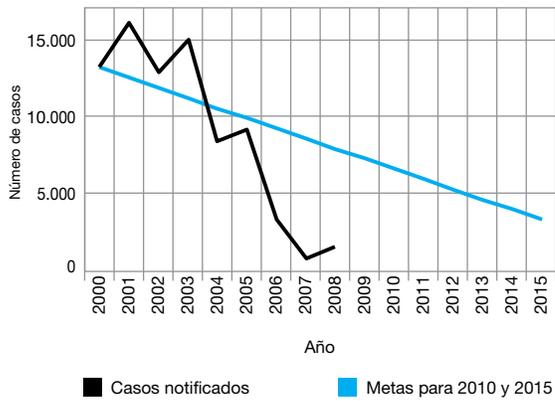


Figura 11. Porcentaje de casos hospitalizados, 2008

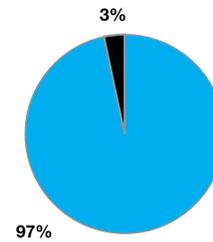
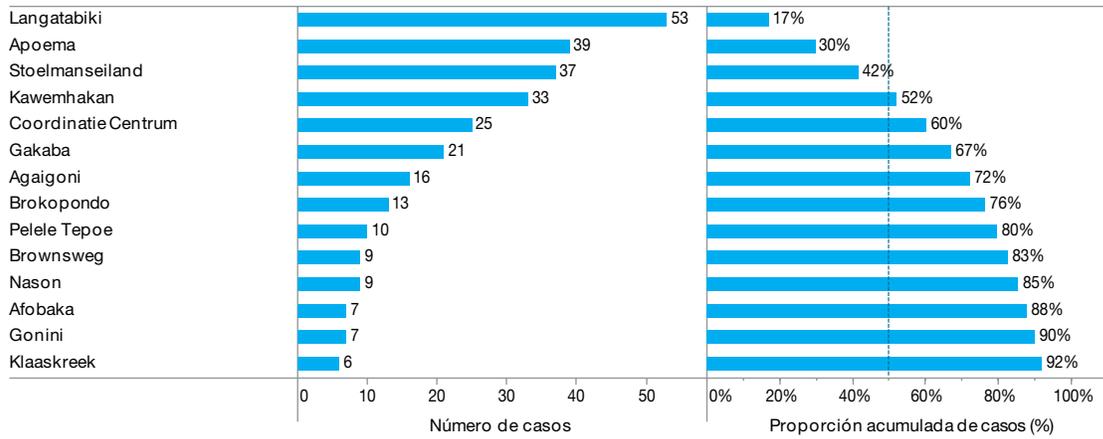


Figura 12. Número de casos de paludismo y proporción acumulada por nivel ADM2 (municipio/distrito), 2008



* Ver Anexo A con la lista completa.

Figura 13. Municipios según número de casos de paludismo, 2008

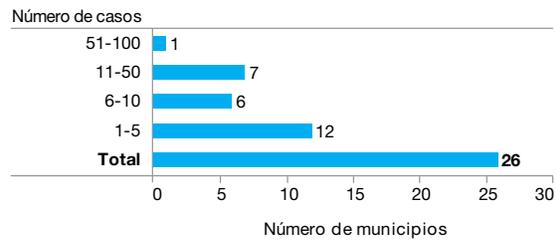


Figura 14. Municipios según número de casos de paludismo por *P. falciparum*, 2008

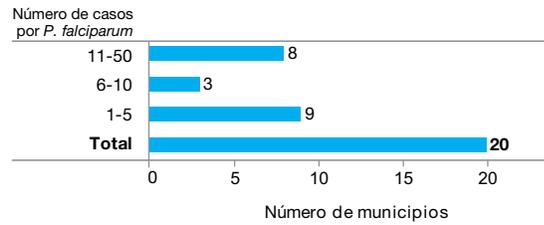


Figura 15. Municipios según número de casos, IPA y porcentaje de paludismo por *P. falciparum*, 2008

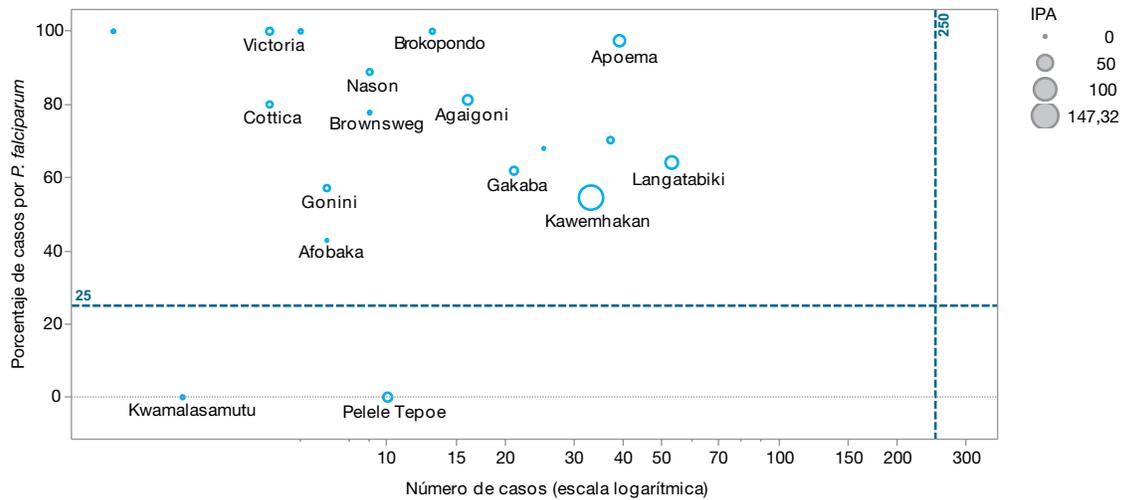


Figura 16. Índice Parasitario Anual (IPA) por municipio, 2008

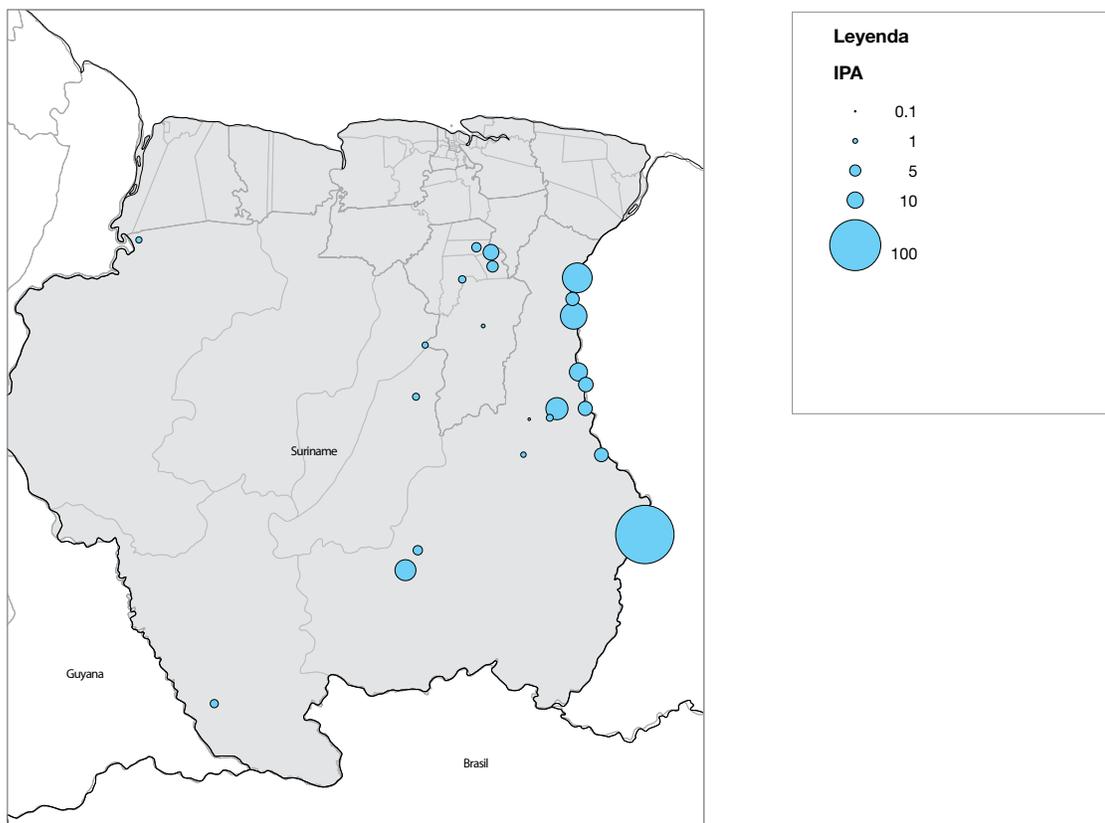
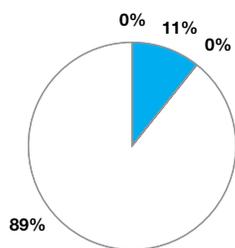


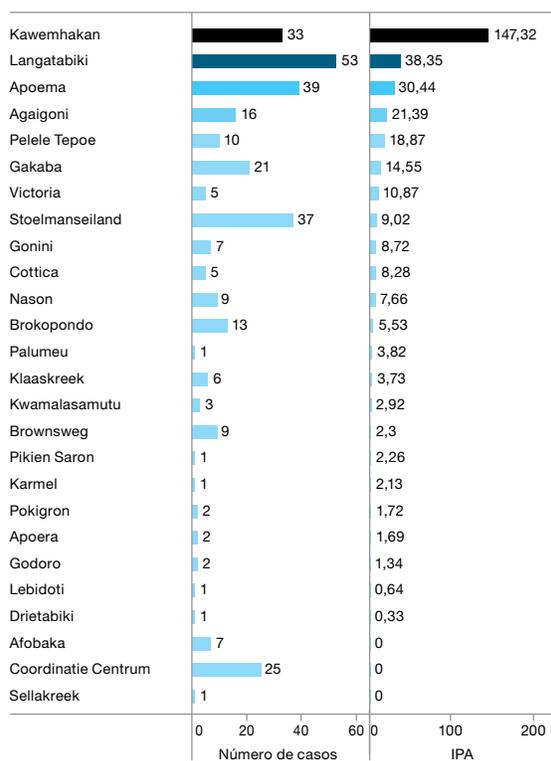
Figura 17. Población según área de riesgo de transmisión, 2008



Población

- Alto riesgo (IPA > 10/1000)
- Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)
- Bajo riesgo (IPA < 1/1000)
- Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)

Figura 18. IPA de paludismo y número de casos por municipio*, 2008



IPA (Casos por 1000 habitantes)

Figura 19. Población según área de riesgo de transmisión de paludismo por año, 2000 a 2008

Año	Alto riesgo (IPA > 10/1000)	Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)	Bajo riesgo (IPA < 1/1000)	Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)
2000	19.000	9.000	34.000	355.000
2001	24.000	22.000	2.000	402.000
2002	24.000	22.000	2.000	402.000
2003	51.000	0	2.000	397.000
2004	51.000	0	2.000	397.000
2005	51.000	0	2.000	397.000
2006	46.000	2.000	0	397.000
2007	46.000	2.000	0	400.000
2008	0	48.000	0	400.000

Figura 20. Índice de láminas positivas, 2000 a 2008

Año	Número de láminas examinadas	Número de láminas positivas	Porcentaje de láminas positivas
2000	66.443	13.132	19,76
2001	67.369	15.997	23,75
2002	67.770	12.837	18,94
2003	70.495	14.906	21,14
2004	56.976	8.379	14,71
2005	59.855	9.131	15,26
2006	45.722	3.289	7,19
2007	30.843	807	2,62
2008	28.137	1.490	5,3

Figura 21. Casos examinados según método de diagnóstico, 2000 a 2008

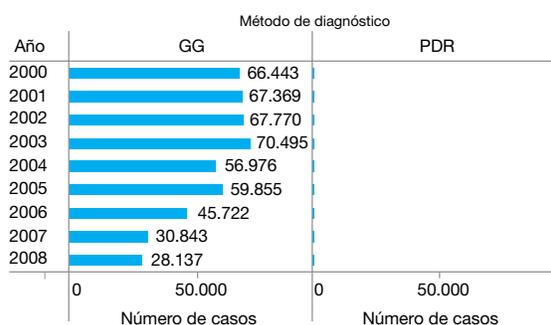
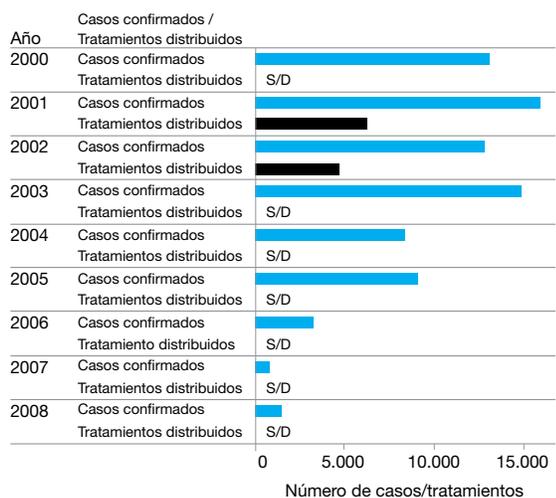


Figura 22. Número de casos confirmados y de tratamientos distribuidos por año, 2000 a 2008



S/D- Sin Datos Disponibles

Figura 23. Índice de láminas positivas (ILP) por ADM1, 2008

ADM1	Examinadas	Total casos	ILP (%)
Sipaliwini	25.692	1.450	0
Brokopondo	2.722	38	0

Figura 24. Número de casos diagnosticados en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 25. Número y porcentaje de casos por grupos de edad, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 26. Número y porcentaje de casos por tipo de localidad, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 27. Número y porcentaje de casos en mujeres embarazadas, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 28. Número y porcentaje de casos en población indígena, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 29. Porcentaje de casos de *P. falciparum* del total de casos, 2000 a 2008

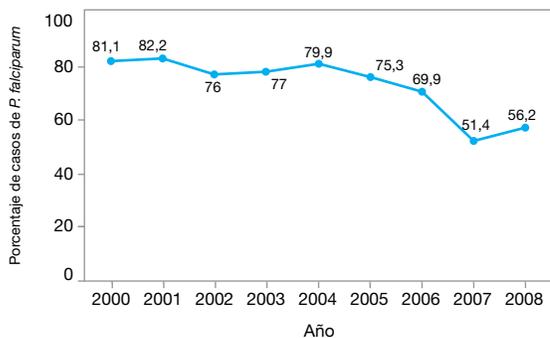


Figura 30. Número de tratamientos de ACT distribuidos por año, 2000 a 2008

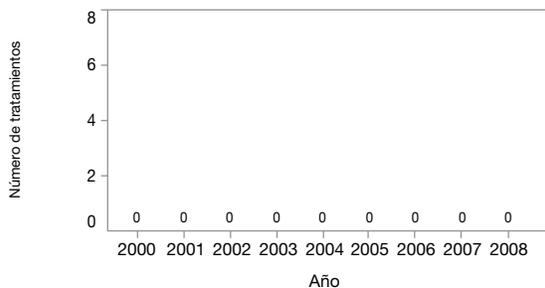


Figura 31. Cobertura de rociado residual intradomiciliario, 2000 a 2008

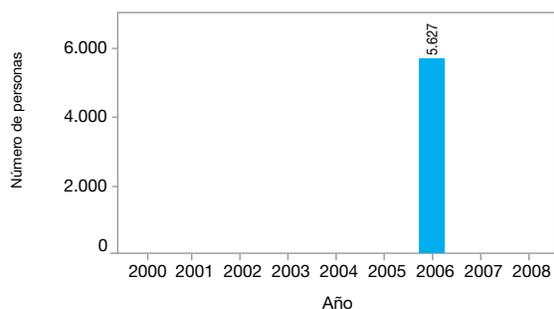


Figura 32. Número de MTILDs distribuidos por año, 2000 a 2008

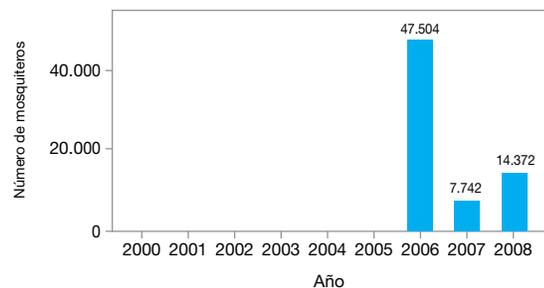


Figura 33. Número de MTIs distribuidos por año, 2000 a 2008

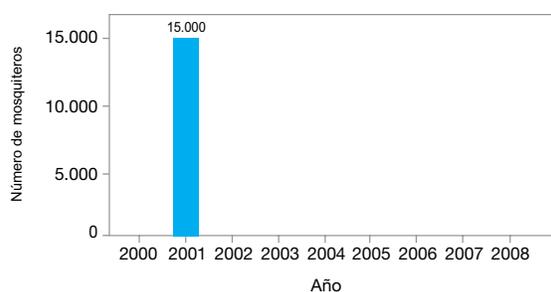
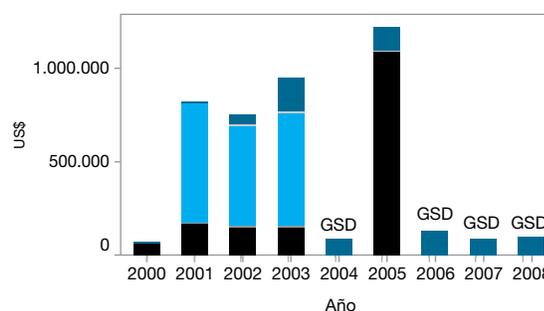


Figura 34. Fuentes de financiamiento por año, 2000 a 2008



Fuente de financiamiento

- USAID
- Otros bilaterales
- Gobierno
- Agencias UN
- Fondo Mundial

S/D - Sin Datos Disponibles

GSD- Datos de la Financiación del Gobierno no Disponibles

No hay datos disponibles de la financiación por el Fondo Mundial durante los años 2004, 2006 a 2008.