

4.6. Guyana

Desde 1986 hasta la fecha la malaria es un problema de salud pública importante en Guyana, en particular en las regiones 1, 7, 8 y 9. *P. falciparum* causa morbilidad y mortalidad graves y continúa siendo la especie dominante. El número de focos de transmisión intensa de la malaria durante todo el año ha aumentado debido a muchas razones diferentes. Sin embargo, las principales causas fueron un número incrementado de actividades de minería y explotación forestal en estas regiones, identificadas como parte del Programa Gubernamental de Ajuste Estructural para sostener el desarrollo social y económico del país.

El número promedio anual de casos de malaria en Guyana entre 1991 y 1998 fue aproximadamente de 48.805. Las iniciativas del gobierno en 1999 y 2000 se dirigieron a reducir la endemicidad excepcionalmente alta a un nivel razonable y estable. Simultáneamente, las iniciativas se encaminan a prevenir la reintroducción de la malaria a zonas anteriormente sin malaria, incluidas las zonas costeras donde reside un 85% de la población de Guyana. A tal efecto, se introdujo un nuevo calendario de medicamentos en la segunda mitad de 1999 para tratar casos de malaria por *P. vivax* y por *P. falciparum*.

Varios factores asociados con la malaria se han convertido en problemas de salud graves:

1. *P. falciparum* se ha establecido firmemente en zonas en las que anteriormente se había erradicado y entre una población de gran movilidad muy dispersa de mineros y taladores con escasa inmunidad o ninguna inmunidad.
2. *Malaria por P. falciparum* está ahora firmemente arraigada entre las poblaciones indígenas y otras poblaciones que habitan en el interior. Los hábitats provisionales o rudimentarios actuales de los grupos itinerantes y la población indígena ofrecen pocas paredes para el rociamiento de insecticidas residuales y, por consiguiente, afianzan el contacto entre el anfitrión y el vector y, así, la infección.
3. En las áreas afectadas, *P. falciparum* es resistente a la cloroquina y probablemente también a Fansidar.
4. Un número más alto de pacientes a quienes se les administró el tratamiento radical estándar de 14 días contra *P. vivax* se ha identificado como positivo después de las nuevas verificaciones. Esto tal vez indique la falta de sensibilidad a cloroquina, primaquina o ambas.
5. Es alto el incumplimiento o el tratamiento interrumpido de regímenes medicamentosos establecidos, especialmente el tratamiento radical de 14 días de duración contra *P. vivax*, con lo cual la curación clínica y parasitológica es incompleta, con recaída. Resultados similares son también evidentes para *P. falciparum*. Ambas condiciones de incumplimiento y tratamiento interrumpido favorecen el desarrollo y la estabilización de sensibilidad reducida a los medicamentos, es decir, resistencia.

6. *A. darlingi*, el vector primario, además de ser muy eficaz y eficiente en la transmisión de la malaria, es una especie selvática (vive independientemente del hombre en la selva).
7. Operadores de minería y talado con acceso a divisas compran antimaláricos y los utilizan indiscriminadamente para suprimir los síntomas. Esta práctica no solo multiplica las dificultades del diagnóstico parasitológico por parte de los servicios de salud sino que también afianza eventualmente el problema de la resistencia estable.
8. Los campamentos de mineros y de taladores están situados en zonas selváticas distantes, generalmente deshabitadas con excepción de estas personas y con acceso difícil y peligroso.

En cuanto al programa para la malaria en Guyana, se destacaron los siguientes puntos:

- Al comienzo de los años 90, el IPA fue muy alto. En 1999 las áreas con riesgo medio o alto tuvieron un IPA de 206.31 casos confirmados por 1.000 habitantes.
- Antes de la iniciativa RBM, Guyana había realizado actividades para aumentar la red de diagnóstico y tratamiento.
- El control de vectores se basa en el uso de DDT y el vector principal, *A. darlingi*, es sensible al insecticida.
- El programa para la malaria es parte del Programa de Atención Primaria de la Salud. Su estructura es vertical pero está integrada con los niveles locales y cuenta con participación comunitaria. El nivel central proporciona normas y reglamentos.
- El país tiene 200 microscopistas y cada comunidad posee personal que trabaja en el tema de la malaria.
- 70% de los casos de malaria provienen de las zonas fronterizas con Brasil y Venezuela: regiones VIII y IX, sur y oeste del país.
- Hay muchos mineros de oro provenientes del Brasil que trabajan en las áreas mencionadas anteriormente. Se calcula que podría lograrse una disminución de un 50% en el número de casos de malaria si fuera posible concentrar esfuerzos en este grupo y en estas regiones del país.
- En 1999 el número de casos fue 37% menor que el año anterior. En 2000 se prevé que el número oscilará entre 24.000 y 25.000.
- De los casos notificados, reciben tratamiento aquellos con diagnóstico confirmado.