

4.8. Suriname

Suriname es uno de los países con más baja densidad de población de América del Sur. Es una de las tres Guayanas rodeada por la selva tropical amazónica y el Océano Atlántico. Tiene menos de medio millón de habitantes y la mayoría vive en la zona costera.

El interior comprende áreas pobladas por amerindios, varias tribus que incluyen los trío, caraib, arrowak y akurio. Además, hay “cimarrones” no indígenas de descendencia africana.

La malaria en Suriname (1999): la Figura 7 en el Anexo 1 presenta el mapa epidemiológico por niveles de riesgo.

En la actualidad, como resultado de actividades de minería de oro, hay personas urbanas y extranjeras, principalmente brasileños, que trabajan y viven en el interior. El número de estas personas recién llegadas no se conoce exactamente, pero se estima entre 30.000 y 50.000, aproximadamente equivalente al número de pueblos indígenas en Suriname.

Dado que los pueblos indígenas están separados por grandes distancias y a veces tienen menos de cien personas, fue necesario diseñar una manera especial de prestarles atención médica eficientemente. La Misión Médica proporciona la atención; se trata de una organización no gubernamental financiada principalmente por el Gobierno de Suriname.

El interior se divide en regiones funcionales que contienen varios pueblos pequeños.

Según su tamaño, cada pueblo cuenta al menos con un auxiliar de salud capacitado y licenciado cuyas aptitudes principales son:

- Entrevistas médicas y exámenes físicos
- Diagnóstico y tratamiento
- Atención prenatal y asistencia en el trabajo de parto
- Reconocimiento de pacientes enfermos críticamente
- Provisión de información sobre la prevención de enfermedades
- Gestión de programas de inmunización.

En los pueblos más grandes también hay un auxiliar de laboratorio:

- Hematología: hemoglobinemia y velocidad de sedimentación globular
- Orina: microscopía, exámenes de tira reactiva
- Heces: parasitología
- Malaria: microscopía.

Cada región es supervisada por un médico ubicado en la región o en el centro coordinador en Paramaribo. Sistemáticamente este médico visita los centros de salud en su región para ofrecer supervisión directa y apoyar al auxiliar de salud. Todos los centros de salud están equipados con dispositivos de radio que permiten mantener consultas con el funcionario médico regional o con el centro coordinador en Paramaribo. Cuando no se puede tratar a pacientes críticamente enfermos en el nivel local, puede organizarse el transporte hacia la capital e ingresan en el Hospital Diakonessen afiliado. El transporte se organiza por vía terrestre, acuática o aérea. Anualmente, se realiza un promedio de 120 vuelos de urgencia para transportar a enfermos críticos. A pesar de los altos costos de este sistema, ha resultado más eficiente y eficaz en comparación con los costos de mantenimiento de hospitales regionales en el interior.

La malaria causada por *P. falciparum* es la enfermedad infecciosa de mayor prominencia en el interior de Suriname.

Durante los años ochenta se produjo un aumento del número de casos de malaria ocasionado por la destrucción de la infraestructura del interior por un conflicto armado interno. A comienzos de los años noventa el aumento fue originado por la intensificación de las actividades de minería de oro y explotación forestal. En algunas regiones el IPA alcanzó prácticamente 100 casos x 1.000 habitantes.

En 1997, la Misión Médica comenzó un programa para reducir la incidencia de la malaria en el interior, el cual comprende:

- el mayor reconocimiento de la malaria como un problema de salud grave entre la población en riesgo;
- la mejora de las aptitudes y las herramientas de los auxiliares de salud para diagnosticar y tratar la malaria;
- la introducción de un proyecto de mosquiteros impregnados;
- acción del gobierno: actividades extensas de rociamiento de casas.

Es difícil medir, a corto plazo, el efecto de estas actividades sobre la incidencia de la malaria. Hubo una disminución marcada de la incidencia en 1997 pero esto coincidió con un clima relativamente seco que tal vez haya influido en la transmisión.

En lo que respecta al manejo clínico de la malaria, desde 1997 en adelante se manifestó una disminución sostenida de los ingresos hospitalarios anuales. Se cree que esto fue el resultado de cursos de actualización repetitivos para auxiliares de salud en el lugar, a fin de mejorar sus aptitudes en el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz. Los auxiliares de salud son ahora capaces de diagnosticar y tratar complicaciones como la hipoglucemia grave y también pueden administrar medicamentos por infusión intravenosa.

En lo concerniente al proyecto de mosquiteros, se considera que la introducción de los mosquiteros en las comunidades sería más exitosa si las personas participaran

directamente en su producción e impregnación. Se organizaron varios grupos de mujeres para producir los mosquiteros y se instruyó también a estos grupos para tratar la función de la malaria en la vida cotidiana. Debido a esto se cree que la conciencia sobre la malaria como un problema de salud ha aumentado así como la importancia de la lucha contra la enfermedad. Ya han producido y distribuido 10.000 mosquiteros en tres años. Sin embargo, aun no se ha evaluado el uso adecuado de mosquiteros y su efecto sobre la incidencia de la malaria en los hogares que los utilizan.

En la Reunión sobre la iniciativa RBM celebrada en Lima, Perú, en octubre de 1999, uno de los temas fue la cooperación entre países. Es una cuestión muy importante para Suriname porque la cuenca del río Marowijne o Maroni, que limita con Guayana Francesa es una de las áreas con la incidencia más alta de malaria por *P. falciparum*.

Existe un tratado de cooperación (presentado en detalle por el participante de Guayana Francesa) entre Guayana Francesa, el Gobierno de Francia y Suriname, con la participación de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Relaciones Exteriores, Francia
- Ministerio de Salud, Guayana Francesa
- Centros de salud, Guayana Francesa
- Instituto Pasteur, Francia
- Misión Médica, Suriname
- Oficina de Salud Pública, Suriname.

El proyecto conjunto atenderá áreas de interés epidemiológico común de la cuenca del río Maroni e incluye:

- Sistema de información sanitaria compartido sobre el río Maroni
- Desarrollo de SIG común
- Colaboración en encuestas sobre quimiorresistencia de la malaria
- Encuestas de prevalencia sobre la malaria con el uso de protocolos comunes
- Colaboración y coordinación de las actividades para la lucha antivectorial
- Mejoramiento de la asistencia al enfermo a lo largo de la frontera mediante la introducción de una ficha sanitaria.

Otras actividades nuevas en lo referente a RBM en el interior de Suriname son:

- Organización de la cooperación transfronteriza con otros países vecinos, Brasil y Guyana.
- Capacitación y empleo de auxiliares de entomología locales para mejorar la toma de decisiones racional en las actividades de la lucha antivectorial y perfeccionar la participación de las comunidades locales.
- Evaluación de la eficacia de la política de quimioprofilaxis en mujeres embarazadas en zonas endémicas.

- Estudios de la resistencia in vivo para evaluar la eficacia del programa de tratamiento actual y determinar la necesidad de cambio.
- Número creciente de auxiliares de laboratorio.
- Establecimiento de un programa para el control de la calidad para los laboratorios en el terreno.
- En Suriname se opina que la iniciativa RBM repercutiría fuertemente en el éxito del presente programa. Por consiguiente, se realizan todos los esfuerzos para promoverla en todos los niveles nacionales.

Los siguientes aspectos de la situación de la malaria y el programa de control fueron destacados por la delegación de Suriname:

- No hay transmisión de la malaria en la costa norte de Suriname, donde reside la mayor parte de la población (aproximadamente 500.000 personas). Alrededor de 150.000 personas viven en zonas con riesgo de malaria en el interior del país.
- Las zonas con mayor riesgo de malaria están ubicadas en las márgenes del río Marowijne, en la frontera con Guayana Francesa y en las zonas cercanas al Lago Brokopondo en la región centro-norte del país donde está presente el *Anopheles darlingi*.
- La malaria por *P. falciparum* representa 85% a 90% de todos los casos anuales de malaria en el país.
- Las actividades para controlar la malaria son llevadas a cabo por la Misión Médica. Cuentan con 54 médicos, seis asignados al interior; auxiliares médicos y apoyo de laboratorio.
- El programa de lucha antivectorial se realiza mediante el rociamiento residual.
- Como parte de las actividades relacionadas con la iniciativa RBM, se está ejecutando un proyecto para la producción, la impregnación y la venta de mosquiteros con la participación activa de mujeres en las comunidades.
- La población (cimarrones) en las zonas endémicas con frecuencia lava los mosquiteros y el proyecto procura informarlos y capacitarlos acerca de los insecticidas y explicarles que no son peligrosos.
- Debe estudiarse la eficacia de este proyecto.
- Se está capacitando a auxiliares de entomología de las comunidades.
- La quinina y la primaquina se utilizan para el tratamiento antimalárico y hay un plan de profilaxis para proteger a mujeres embarazadas.
- El informe sobre pacientes hospitalizados revela una reducción del número de casos complicados de malaria.