

III. Situación de la malaria en los países

1. Costa Rica

Situación de la malaria

En Costa Rica la malaria ha sido un serio problema de salud, con alta endemicidad en las áreas situadas a menos de 500 metros sobre el nivel del mar. En 1925, se realizó la primera encuesta malariométrica, dirigida por la Fundación Rockefeller en la que se estimó en 50.000 los casos de malaria y una tasa de prevalencia de 125 por 1000 habitantes. Una segunda encuesta nacional efectuada en 1938, reveló un índice parasitario del 22,0%. En 1946 la compañía bananera inició el control sistemático con DDT en las viviendas de sus fincas. En 1950, se inició un Programa de Control de Malaria, mediante un “convenio tripartito” con la Oficina Sanitaria Panamericana y UNICEF, utilizando por primera vez DDT para rociados intradomiciliares. En 1956, conjuntamente con México, Centro América y Panamá, se diseñó un proyecto de erradicación de la malaria basado en la cobertura integral de las zonas maláricas con DDT en ciclos semestrales que se pone en marcha a partir de 1957, lográndose un gran éxito ya que para julio de 1962 la transmisión había sido interrumpida en el 74.0% de las zonas originalmente maláricas.

En la actualidad las áreas de mayor riesgo de malaria están ubicadas en la Región Atlántica, cantones de Limón Centro, Talamanca y Matina, mientras que en la Región Huetar Norte se ubica en los Cantones de San Carlos y Los Chiles (anexo 1, figura 1.1)

Evolución de la malaria

La evolución de la malaria en Costa Rica (cuadro 1 y anexo 1 figura 1.2) se caracteriza por un primer período (1957 a 1969) cuando el promedio anual de casos fue de 1903 con una IPA de 4,4 afectando principalmente la costa del Pacífico en donde el cultivo del banano y el arroz proporcionaban extensas áreas para la proliferación de *A. albimanus*.

Dada la alta endemicidad de la malaria en las áreas de mayor desarrollo del país, se estableció en 1968 un programa de tratamiento colectivo durante tres años, acompañado de rociado semestral con DDT. Así mismo se estableció un nuevo modelo de atención primaria para las comunidades menores de 2.000 habitantes.

Estas estrategias logran un impacto importante que permite distinguir un segundo periodo (1970-1990) donde el promedio anual del número de casos fue de 448,7 y una Incidencia Parasitaria Anual de 0,66 por mil. En 1982 se diagnosticaron 110 casos, el menor número en la historia del programa y de los cuales el 80,0% fueron importados.

En el tercer período (1991-1999) hubo incremento de casos, cerca de 5000 anuales y la malaria se movilizó de la vertiente Pacífica a la Vertiente Atlántica (anexo 1 figura 1.2), con motivo del desarrollo bananero de la Región Huetar Atlántica (RHA), que trae consigo una agresiva

deforestación que promueve los criaderos de *A. albimanus* y masiva contratación de trabajadores procedentes de áreas endémicas de malaria.

Cuadro 1: Costa Rica. Situación epidemiológica de la malaria (por períodos, 1957-1999)

Períodos	Promedio Anual (? IDS)	Acumulados Por Períodos	Promedio anual de indicadores		
			ILP*	IAES**	IPA***
1957-1969	1903?1012	24,747	2.3?2.0	30.3?17.2	4.4?2.1
1970-1990	448.7?311	9,423	0.3?0.3	23?7.0	0.66?0.4
1991-1999	4944?1044	39,557	3.3?0.6	14.3?1.6	4.8?1.4

* Índice de Láminas Positivas.

** Índice Anual de Exámenes de Sangre.

*** Incidencia Parasitaria Anual por 1000 habitantes.

En el año 1999, de 3998 casos de malaria observados 1170 (30,5%) correspondieron a la provincia de Alajuela, y en esta provincia al Cantón de San Carlos. La Provincia de Limón aportó 1824 (47,0%) casos, la mayoría de ellos de los Cantones de Limón Centro, Talamanca y Matina (anexo 1, figura 1.3)

Hasta la semana 45 del año 2000 (hasta 11 de noviembre), se han reportado 1.609 casos, lo cual significa una disminución del 55,6% respecto a los 3630 reportados en 1999 en este mismo periodo. En todas las Regiones se registraron disminuciones importantes.

De las 57.347 muestras examinadas, 1609 (2,8%) resultaron con parasitemia patente. De las muestras positivas 99,6 % correspondieron a *P. vivax* y 0,4% a *P. falciparum*.

Principales problemas

Falta un abordaje integral en donde estén inter-relacionadas variables biológicas, sociales, ecológicas, económicas y de servicios de salud, para comprender mejor sus efectos en la transmisión de la malaria y programar las intervenciones de prevención y control.

El incremento de la malaria en esta última década obedeció al desarrollo del cultivo del banano en la Región Huetar Atlántica. Similar situación se observó en la Región Huetar Norte, por el desarrollo de monocultivos que requieren bastante mano de obra foránea.

El proceso de reforma, con el traspaso de funciones y de personal del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social, ha generado un vacío en la aplicación de programas y en las actividades de atención primaria.

Para la toma de decisiones basadas en evidencias científicas es necesario realizar investigaciones elementales que van desde estudios sobre la capacidad vectorial de las especies involucradas en la transmisión hasta de resistencia de vectores a los insecticidas.

Se ha observado un incremento de casos de *P. falciparum* resistente a la cloroquina en personas que han visitado África tropical y países América del Sur. Esta situación puede traer las dificultades que conlleva la vigilancia y el control de esta variedad de cepas.

Es necesario capacitar personal técnico para responder a las demandas de atención a las personas, control de vectores, entomología médica, diagnóstico parasitológico y clínico, estrategias para el manejo del medio y la convocatoria de los actores sociales.

Fortalezas del evento de la malaria

-La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) provee medicamentos a todos los casos de malaria ya que tiene una cobertura universal.

- En la Región Huetar Norte se determinó que el 20,0% de las localidades positivas producen el 80,0% de los casos, información que sirve para orientar las intervenciones. En esta misma Región se inició hace más de un año la descentralización del diagnóstico parasitológico de la malaria y se espera a corto plazo extenderla al resto del país.

- La malaria es una de las prioridades de las autoridades de salud. Se desarrolló en los comienzos de 1997 un proyecto integrado para su control en la Región Huetar Norte que logró una disminución de los casos en un 30,0% en 1999.

- Uno de los cantones (Los Chiles) donde se realiza el proyecto de malaria ganó el premio de Cantones Saludables otorgado por la OPS.