

# **El Abordaje del Dengue en la Gran Puntarenas 1993-2001**

Sistematización de  
Experiencias Locales



**Ministerio de Salud**

**EL ABORDAJE DEL DENGUE  
EN LA GRAN PUNTARENAS  
1993-2001**



## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	7
1.1 Generalidades de la enfermedad y del agente transmisor .....	7
2. ANTECEDENTES .....	9
2.1 Región de las Américas .....	9
2.2 En Costa Rica .....	10
3. LA GRAN PUNTARENAS Y EL DENGUE .....	13
3.1 Características del área .....	13
3.2 La Epidemia del dengue en la Gran Puntarenas .....	15
4. LOS PLANES DE ACCIÓN Y LA ORGANIZACIÓN MINISTERIAL .....	17
4.1 La primera respuesta local .....	19
5. EL PROCESO PASO A PASO .....	23
5.1 Recuento de hechos .....	23
5.2 El problema se agrava .....	25
6. METODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	31
6.1 Intervención directa con la comunidad .....	31
6.2 Comisiones de vigilancia .....	33
6.3 Campañas de limpieza .....	33
6.4 Ferias de la salud .....	34
6.6 Festival de la salud en Barranca .....	34
6.7 Actividades escolares .....	34
7. NUEVO ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA .....	35
7.1 La estrategia de redes comunitarias .....	36
8. RESULTADOS .....	39
8.1 Estructura organizativa .....	39
8.2 Proceso de ejecución .....	40
ANEXO 1 .....	43
BIBLIOGRAFÍA .....	51



## PRESENTACION

Este documento sistematiza el proceso de abordaje del dengue en la Gran Puntarenas de la Región Pacífico Central, basado en la recopilación de datos, documentos y testimonios de los participantes en los distintos procesos. Igualmente, reúne datos de los brotes y rebrotes más importantes de la enfermedad.

Se identificaron las diferentes acciones realizadas durante los períodos críticos, así como los interfases o períodos fuera de la emergencia. Incorpora diferentes testimonios de los funcionarios de salud involucrados en el proceso.

Asimismo, recoge la labor desarrollada tanto por las autoridades de salud como por personas y organizaciones involucradas y hace referencia a los ejes centrales y planes de acción aplicados desde la aparición de la enfermedad -a principios de la década de los 90- hasta el 2001.

La experiencia adquirida con la atención del dengue ha dejado un importante aprendizaje a la población y a las instituciones. Aún cuando no se ha logrado la respuesta idónea para evitar la reaparición de los brotes, existe una clara consciencia de que la participación activa y permanente de la población, así como el compromiso de funcionarios de las instituciones de salud y de entes públicos y privados de otros sectores, es fundamental para alcanzar el éxito.



## 1. INTRODUCCION

### 1.1 Generalidades de la enfermedad y del agente transmisor

El dengue es una enfermedad aguda y generalizada, ocasionada por un virus, perteneciente a la familia Flaviviridae.

La propagación del virus se produce por medio de picaduras del mosquito del género *Aedes* infectado (en América, es el *aegypti*)<sup>1</sup> a personas sanas. La enfermedad se manifiesta de dos maneras: en su forma clásica y en su forma hemorrágica.

Cualquier persona es proclive de padecerla, no importa su sexo ni su edad; pero la mayoría de los casos hemorrágicos ocurre en menores de 15 años.

El *Aedes aegypti*<sup>2</sup> es una especie tropical y subtropical del subgénero *Stegomyia*, que se encuentra en todo el mundo. Por lo general, se limita a las latitudes comprendidas entre 35° norte y 35° sur, correspondientes a una temperatura media durante el invierno de 10°C, aunque ha sido observado hasta los 45° de latitud norte. Suele hallarse a menos de mil metros de altitud, pero también ha sido observado a 2.121 metros en la India y a 2.200 metros en Colombia, donde la temperatura anual media es de 17°C.

Debido a su estrecha asociación con el ser humano, el *Aedes aegypti* es esencialmente un mosquito urbano y raras veces es visto a más de 100 metros de las casas.



<sup>1</sup> Aunque también presente en nuestras tierras, el *Aedes Albopictus*, es un vector de mantenimiento del dengue en Asia.

<sup>2</sup> Es considerado el mosquito más eficiente para transmitir la enfermedad debido a sus hábitos domésticos. Su ciclo de vida consta de cuatro etapas: huevo, larva, pupa y adulto, con una duración promedio de 3 días por estadio; una vez adulto puede vivir de 5 a 6 semanas.

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 Región de las Américas

En su forma epidémica, la primera noticia de dengue data del siglo XVIII. Se cree que es mucho más antigua, pero que era confundida con otras enfermedades.

Como los insectos no sobreviven al invierno, las invasiones del mosquito ocurren durante la estación cálida.

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es posible que su llegada a nuestras tierras ocurriera en barriles de agua transportados por buques durante las primeras exploraciones y colonizaciones europeas. Entre los focos de *Aedes aegypti* más frecuentes de una embarcación destacan los neumáticos y las lonas empleadas para cubrir las cargas y sus contenedores, al igual que los tanques y depósitos de agua.

En América, el dengue comenzó a ser abordado en la década de 1930, aunque las acciones destinadas a eliminar el vector iniciaron antes, con el combate de la fiebre amarilla, también transmitida por el *Aedes*, dando resultados positivos para el control de esta enfermedad.

Para la segunda mitad de la década de los 70, la introducción del serotipo 1 del dengue, originó una pandemia que afectó a casi toda América. En el centro, a El Salvador, Honduras y Guatemala; en el norte a México y Estados Unidos; y al sur, a Colombia, Venezuela, Guyana francesa, Surinam y Guyana; así como a casi todas las islas del Caribe.

En la década de los ochenta, el dengue se propagó en todas las Américas, predominando los serotipos 1 y 4. Durante esos años se registró un notable aumento de la ocurrencia de Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque del Dengue (SCD).

Cabe mencionar el caso de Cuba, que en 1981 fue afectada por un brote de DH/SCD<sup>3</sup>, calificado como uno de los acontecimientos más importantes en la historia del dengue en las Américas, asociado con el dengue 2. Antes de este brote, solo se habían notificado casos sospechosos esporádicos de dengue hemorrágico.

<sup>3</sup> Dengue y Dengue hemorrágico en las Américas: guía para su prevención y control, OPS/OMS, Washington D.C., 1995.

<sup>4</sup> En 1995, en la XXXI Reunión del Consejo Directivo, la OPS decide cambiar de una política de erradicación de *Ae. aegypti* a otra de control, la cual consiste en el uso efectivo - en función de los costos- de recursos limitados para reducir la población de vectores a niveles en los que ya no sean de gran importancia para la salud pública.



Por otra parte, siendo el dengue un problema de saneamiento doméstico, las pautas de la OPS<sup>4</sup>, han subrayado la importancia y la necesidad de contar con un compromiso activo de la comunidad en las actividades preventivas y de control; así como promocionar la salud.

Para los expertos, los programas tradicionales no han tenido el impacto esperado. Enfatizan que además de las campañas, el control integrado del vector requiere de decisiones políticas, financieras y legislativas, así como de un programa descentralizado, bien planificado y con sostenibilidad, que cuente con una gran colaboración, dentro y fuera del sector salud.

## 2.2 En Costa Rica

Como parte de una estrategia continental para la erradicación del vector lanzada por la OPS en 1949, en nuestro país se realizó con mucho éxito una campaña en todo el territorio nacional.

Para 1960, el Programa de Control de Vectores del Ministerio de Salud aplicó medidas operativas permanentes de control larvario del mosquito -por ser agente de la fiebre amarilla- lo que culminó con la erradicación del *Aedes aegypti*.

No obstante, entre 1971 y 1973, la reinfestación en áreas portuarias del Caribe (Limón) y el Pacífico (Puntarenas y Golfito) obligó a reiniciar las medidas de control y eliminación del mosquito. Esto, unido al deterioro de las campañas de erradicación durante las décadas de 1970 y 1980, facilitó la proliferación y propagación del vector en casi todos los rincones de América, incluyendo nuestro país.

A lo largo de su historia, el país registra epidemias por los cuatro serotipos del dengue.

Los primeros casos de dengue fueron detectados en octubre de 1993, en Puntarenas, Región Pacífico Central. Desde esa fecha hasta la actualidad, se reporta la aparición sistemática de casos en diferentes lugares, situación que se ha mantenido hasta la fecha. Costa Rica ha efectuado significativos y costosos esfuerzos humanos y económicos, sin que se haya podido controlar la enfermedad. De acuerdo con los datos oficiales de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, los

<sup>4</sup> En 1995, en la XXXI Reunión del Consejo Directivo, la OPS decide cambiar de una política de erradicación de *Ae. aegypti* a otra de control, la cual consiste en el uso efectivo - en función de los costos- de recursos limitados para reducir la población de vectores a niveles en los que ya no sean de gran importancia para la salud pública.



lugares donde se registró un mayor número de personas enfermas de Dengue Clásico de 1993 a diciembre del 2001, están en la Región Pacífico Central, con un total de 28.867 (48.46%), le siguieron la Región Chorotega con 18.677 (31.35%), y la Región Huetar Atlántica con 12.019 casos ( 20.16%), para un total de 59.563 personas<sup>5</sup>.

Durante este período, los brotes más importantes ocurrieron en 1994 y 1997, con 13.929 y 14.276 casos respectivamente. Para 1999, el número de casos reportados fue de 6.040 personas. En el año 2001 aumentó a 8.968, siendo la Región Chorotega la más afectada con 6.430, y menos la Pacífico Central, con 1.928 casos. Costa Rica aparece entre las 10 naciones con más de 100 casos de Dengue por cada 100 mil habitantes.

Con respecto al dengue hemorrágico, en el año 2001 se registraron 36 nuevos casos.



<sup>5</sup> Dirección de Epidemiológica, Ministerio de Salud. Reporte de Vigilancia Epidemiológica, 2002 (Página Web del Ministerio de Salud)

### 3. LA GRAN PUNTARENAS Y EL DENGUE

La Gran Puntarenas se ubica en la provincia de Puntarenas<sup>6</sup>. Está constituida por Puntarenas Centro (distrito primero), Chacarita, (distrito décimotercero) y Barranca (distrito octavo); todos del cantón de Puntarenas.

El primer brote de dengue de la década de los noventa, ocurrido en octubre de 1993, convirtió a esta zona en la de mayor riesgo de diseminación de la enfermedad. El principal foco se ubicó en la comunidad de Barranca.

Esa epidemia evidenció la alta vulnerabilidad local a la reinfestación del vector, favorecida por la asociación de micro y macrofactores de riesgo de orden geofísico, sociodemográfico y ambiental complementados con las características entomológicas del vector y de la propia enfermedad.

Por lo anterior, la historia del dengue en Costa Rica está directamente relacionada con la experiencia de La Gran Puntarenas; de ahí que la mayor parte de lo aprendido en el manejo del dengue se concentre en esta vivencia.

#### 3.1 Características del área

##### **Geofísicas:**

La combinación de factores, tales como una topografía plana<sup>7</sup>, una altura promedio de 3 metros sobre el nivel del mar, y estar cerca de la costa pacífica, hace que esta zona sea vulnerable a la influencia directa del viento alisio y a frecuentes lluvias que provocan extensas inundaciones a lo largo del año y un alto nivel freático (acumulación de agua subterránea).

De los tres distritos que componen La Gran Puntarenas, Chacarita muestra el mayor nivel freático, pues se asienta sobre suelos de rellenos.

##### **Ambientales**

Su clima es típico de la zona litoral (cercana al mar), con una temperatura que oscila entre los 32º y los 34º grados celsius, con una precipitación pluvial promedio de 2.311 mm<sup>3</sup>, que llega a condiciones críticas cuando ocurre el fenómeno atmosférico conocido como El Niño.



<sup>6</sup> Es la sexta provincia del país, con una extensión de 11.276,97 Kilómetros cuadrados. La integran 11 cantones y sus 43 distritos; algunos ubicados en la Región Pacífico Central (Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Aguirre, Parrita y Garabito).

<sup>7</sup> Exposición de Victoria Sánchez L. Estudio descriptivo del Dengue en la Gran Puntarenas, Cantón Central.

Las características geofísicas junto con una marcada deforestación, y deficientes sistemas de recolección y tratamiento de desechos sólidos hacen de ésta, una zona especialmente apropiada para la proliferación de los mosquitos.

Existe además una deficiente red pluvial, y no obstante la disponibilidad del agua llovida, la población carece de un suministro adecuado y constante de agua potable (apta para el consumo humano) a cargo de la Municipalidad. Ante esta situación, la gente recurre a almacenar el líquido mediante prácticas inadecuadas, como por ejemplo, utilizando depósitos descubiertos y durante mucho tiempo, lo que favorece la presencia de criaderos y la reproducción del vector.

Por otra parte, las larvas y pupas del mosquito suelen encubarse y desarrollarse en llantas u otros objetos diseminados que conservan agua de lluvia.

### **Sociodemográficos**

La Gran Puntarenas reúne a los tres distritos más populosos del cantón central. Puntarenas Centro tiene una densidad de población de 35.63, Barranca de 35.07 y Chacarita de 4.84. Ello explica, en parte, el hecho de que aquí se concentre la infraestructura sanitaria del cantón.

Sus principales actividades productivas son el turismo, el transporte marítimo (Puerto Caldera y Puntarenas) y la pesca.

Aquí también se asientan la planta de Fertica, y un plantel de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE), específicamente en Barranca.

Según datos del 2001, el 54.3% de las viviendas tienen una condición deficiente o mala, y presenta un 56.5% del déficit de vivienda de la Región Pacífico Central.

La alta concentración de población presente en estas comunidades, aunada a la ausencia de una política de desarrollo urbano, asociado a problemas de pobreza originan un inadecuado panorama caracterizado por una producción de desechos en cantidades que superan con mucho la ya de por sí insuficiente capacidad municipal para brindar el servicio público de recolección de basura, cuya manifestación más notoria son los



botaderos clandestinos, generalmente en lotes baldíos. En la época lluviosa, los residuos acumulados en las vías públicas tienden a obstruir y dañar la red pluvial, al tiempo que contribuyen a que se produzcan inundaciones; creando condiciones propicias para la aparición de brotes epidémicos.

### 3.2 *La Epidemia del dengue en la Gran Puntarenas*

La epidemia del dengue declarada el 20 de octubre de 1993 tomó por sorpresa y sin preparación a las autoridades de salud. El 9 de octubre, los profesionales del Área de salud de la zona detectaron el "icerberg" de una epidemia; sin embargo, fue declarada oficialmente hasta día 23 y se perdió tiempo muy valioso, según los analistas del proceso.

Ante ello, la primera medida fue enfrentar el problema en forma reactiva, con acciones de intervención inmediata en el nivel local. Los Asistentes Técnicos en Atención Primaria (ATAP) fueron movilizados para tranquilizar a las personas que abarrotaban las instalaciones del Hospital Monseñor Sanabria. La situación se agravó al aumentar la vulnerabilidad por infestación, producto de la decisión política de priorizar la epidemia de malaria en la zona atlántica, y concentrar allí el recurso humano y técnico.

Confirmado oficialmente el brote por parte de las autoridades de salud y dadas sus características epidémicas, se consideró importante y necesario capacitar al personal médico y paramédico de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.) y del Ministerio de Salud, para enfrentar el problema, al tiempo que se decidió convocar a otros sectores e instituciones.

Paralelamente, autoridades regionales de salud y el Centro de Salud de Puntarenas coordinaron con autoridades nacionales un plan de intervención para disminuir la incidencia de casos. Como ente rector del sector, el Ministerio de Salud asumió la convocatoria de las instituciones y de la comunidad local y nacional.



## 4. LOS PLANES DE ACCION Y LA ORGANIZACIÓN MINISTERIAL

De la experiencia de Puntarenas sobresale la elaboración de Planes de Acción para abordar el problema y los repetidos brotes del dengue. Desde 1993 existen documentos escritos y estructurados con objetivos, líneas de acción y actividades claramente identificadas.

Hay planes de cobertura nacional, regional y local. "Algunos están dirigidos al abordaje social y otros, tienen un enfoque más integral y consideran todos los componentes: vigilancia epidemiológica, control de vectores, atención clínica y el componente social"<sup>9</sup>. La mayoría de ellos surgieron como respuesta a la demanda de servicios.

Producto de la puesta en marcha de un plan coordinado entre el nivel regional y el Centro de Salud de Puntarenas, se logró disminuir la densidad del mosquito en el Gran Puntarenas en 1993. Incluyó tres áreas de acción: la divulgación masiva por medio de comunicación local, la capacitación a grupos comunales organizados y estatales y la educación masiva a toda la población.

Posteriormente, la incorporación de otras entidades originó el **"Plan Conjunto de Limpieza casa por casa"**.

Este plan, que comenzó a ser ejecutado la mañana del 21 de octubre de 1993, consistió en megafonear por los diferentes barrios que cuadrillas de la Municipalidad y del MOPT recolectarían casa por casa, todo aquello inservible que pudiera ser criadero de larvas. Así, se estimuló la participación comunal y se hizo conciencia sobre la situación que enfrentaban.

Estas estrategias evidenciaron la importancia y la necesidad de buscar mecanismos para la acción concertada del Sector Salud y demás actores sociales –integrados en la red de servicios institucionales públicos y privados- y fundamentalmente, la comunidad.

Con el inicio de la administración gubernamental del período 1994-1998, mediante Decreto No. 23215, la epidemia del dengue fue declarada Emergencia Nacional, como una de las tres primeras prioridades de la política de salud, y se fortalecieron las acciones de prevención iniciadas al término del período del gobierno anterior.



<sup>9</sup> Exposición de Victoria Sánchez L. Estudio descriptivo del Dengue en la Gran Puntarenas, Cantón Central.

En este contexto, nació el **Programa Nacional de Lucha contra el Dengue**, basado en una fuerte campaña con el objetivo de conscientizar a la población sobre el problema, a través de diversas acciones, entre ellas: la tarea escolar del dengue, campañas de comunicación por medios masivos, campañas educativas dirigidas a la comunidad, diversas actividades de vigilancia epidemiológica y control ambiental del vector por medio de marchas de abatización, fumigación y campañas de limpieza y eliminación de criaderos.

En su condición de ente rector del sector salud, el Ministerio convocó a las demás instituciones y a la comunidad, tanto del nivel local como nacional a unirse a dichas acciones, e incorporó el dengue y la malaria dentro de la estructura de la Comisión de Prevención y Atención del Cólera

Junto con el Ministerio de salud y consultores de la OPS, la Caja Costarricense de Seguro Social, como encargada de prestar servicios de atención integral en salud, elaboró las normas de atención a pacientes con dengue clásico y hemorrágico, para los niveles de salud correspondientes, y capacitó al recurso humano para la atención de la problemática del dengue en clínicas, hospitales periféricos, regionales y nacionales.

Mientras tanto, el Ministerio de Educación Pública (MEP) coordinó e incluyó en sus acciones, la tarea escolar sobre el tema en todas las escuelas y colegios del país. En 1994, los estudiantes de todos los centros educativos llevaron el mensaje a sus hogares a través de encuestas. Además, se desarrolló el programa **“Cinco minutos con la salud”**, según el cual cada maestro dedicaba cinco minutos diarios del tiempo lectivo para hablar sobre el dengue.

Por su parte, la Universidad de Costa Rica (UCR) propició un Foro nacional sobre Malaria y Dengue, con participación de representantes del Ministerio de Salud, OPS/OMS y de la Caja Costarricense de Seguro Social para analizar las políticas ministeriales para el control del mosquito y la campaña de educación comunitaria. El resultado fue una **“Propuesta del Plan Marco de Acción para el Control y Prevención del Dengue”**, elaborado por una comisión universitaria nombrada para tal efecto. La UCR también planteó ejecutar actividades y proyectos de docencia, investigación y acción social en áreas estratégicas complementarias de los programas nacionales; así como asesorar a las autoridades de salud en la toma de decisiones. Sin embargo, no hubo respuesta ministerial.



Otras entidades públicas, como la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE) y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), se unieron a las campañas de limpieza y otras iniciativas destinadas al control de la enfermedad.

Entre los años 1994 y 1998, se dieron dos de los picos epidémicos más importantes del período, el primero en 1994 y el segundo en 1997.

#### 4.1 La primera respuesta local

En 1993, surgió la primera respuesta local hacia el problema del dengue. Se elaboró el plan de acción denominado **“Frente contra el Dengue”**, siendo su ejecutor el Centro de Salud de Puntarenas. Contemplaba tres grandes áreas: participación social y comunitaria, educación y promoción. La Gran Puntarenas se dividió en seis sectores de trabajo.

A partir de aquí se procura una mayor participación comunal, bajo la dirección de funcionarios del Ministerio; pero la acción resultó ser más reactiva que proactiva

Un diagnóstico situacional de la epidemia en la zona permitió establecer lineamientos de intervención y mostró que los principales factores condicionantes eran la presencia de aguas estancadas, lotes baldíos, débil participación comunitaria y baja respuesta interinstitucional, principalmente por parte de la municipalidad, responsable de la recolección de los desechos, especialmente durante las campañas de limpieza.

En enero de 1994, funcionarios del Ministerio de Salud de los niveles local, regional y central, elaboraron un plan denominado **“Lucha contra el Dengue: Plan de acción”**, confeccionado con carácter de emergencia ante el incremento de casos notificados. Contempló la reactivación de los seis comités de sector en la Gran Puntarenas, la coordinación con los medios de comunicación local a fin de contar con espacios para información y análisis sobre la epidemia y la creación de la **Comisión Cantonal de Lucha contra el Dengue**.

La Comisión Cantonal fue creada el 8 de febrero de 1994 con el soporte institucional del Ministerio de Salud y constituyó el primer intento de participación social, pues incorporaba representantes de instituciones del sector salud (Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud (M.S)



e Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (ICAA), el Ministerio de Educación Pública (MEP), la Municipalidad, el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), la Dirección Nacional de Desarrollo Comunal (DINADECO), organismos no gubernamentales (ONGs) y la comunidad puntarenense.

Su trabajo se orientó al control y prevención mediante acciones coordinadas interorganizacionalmente, con los sectores de la sociedad civil para el control de la epidemia. El grupo promovió y ejecutó acciones localmente, lo cual permitió institucionalizar el control y la prevención del dengue.

La comisión asumió tareas de planificación y ejecución de la mayoría de acciones de control de la epidemia. La planificación abarcó seis áreas estratégicas: coordinación; educación; participación comunitaria y social; entomología, vigilancia en diagnóstico y manejo clínico del dengue hemorrágico; control del ambiente; y área de Investigación. Le dio prioridad a las campañas de limpieza. Al no tener la población una respuesta adecuada al problema de los desechos sólidos, aprovechó las campañas para sacar toda la basura acumulada, por lo que el objetivo de la campaña no surtía el efecto esperado en cuanto a la eliminación de criaderos. Esta fue una conducta reiterada durante las campañas de limpieza<sup>10</sup>.

En la conocida gran campaña de limpieza de 1994, se invirtieron muchos recursos, porque se hizo un barrido enorme, que involucró a más de 3 mil empleados públicos. El resultado fue más de 100 toneladas de desechos recolectados la primera vez y cerca de 95 toneladas en la segunda ocasión.

La ejecución de dichas campañas de limpieza requirió gran movilidad de recursos humanos, materiales y económicos. La mayoría de las instituciones, ONGs y comunidades reaccionaron positivamente a esta iniciativa, aunque con el tiempo fueron disminuyendo su colaboración.

Este grupo se concentró en dirigir campañas de eliminación de criaderos, y en obtener recursos para desarrollar una labor educativa en las comunidades, pero el poco respaldo jurídico e institucional propició que el número de colaboradores disminuyeran paulatinamente.



<sup>10</sup> Como consecuencia, la población asumió que el Ministerio de Salud estaba obligado a realizar este tipo de campañas, según explicó la Dra. Victoria Sánchez.

Ante esto, las autoridades adoptaron otra estrategia, tomando como base la información y la educación de la población respecto de esta enfermedad. Pero, como se estaba trabajando en medio de una emergencia, el material utilizado no fue validado (evaluado) y no se consideraron las particularidades del espacio de lo local, reflejo de una política verticalizada<sup>11</sup>. Los resultados no fueron los esperados.



<sup>11</sup> Calderón Badilla, Rosa Esperanza y otras. Dengue clásico: Un estudio de la respuesta social en la Región Pacífico Central. Práctica de Investigación.. Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. 1997. Pág. 90.

## 5. EL PROCESO PASO A PASO

### 5.1 Recuento de hechos

Al iniciar la década de los 90, el concepto de salud priorizó la atención de personas sobre los factores sociales. Cuando el dengue apareció en nuestro país a finales de 1993, el Ministerio carecía de experiencia para abordarlo, por lo que optó por asumirlo en forma reactiva como un problema de salud pública. Dada la seriedad de la epidemia, requirió acciones y actividades que se prolongaron incluso a altas horas de la noche lo que resultó agotador para el personal. Simultáneamente, el Ministerio de Salud comenzó a capacitar a los funcionarios en la atención de la enfermedad.

Conforme se intervino, los técnicos y la propia comunidad identificaron problemas asociados al dengue, ajenos al sector salud (como la basura y el deterioro ambiental, por ejemplo).

El cambio de gobierno en 1994 modificó las estrategias utilizadas, al variar autoridades políticas y técnicas, lo que implicó un nuevo estilo y forma de manejar el dengue, así como la respuesta política al problema. El dengue se convirtió en un problema de interés político, y todo giró a su alrededor; los escasos recursos existentes fueron dirigidos a la lucha contra el mosquito.

Las autoridades se reunieron para planear cómo enfrentar el problema; analizaron algunas estrategias metodológicas para abordarlo y coordinaron planes de atención que en teoría funcionaban pero no en la práctica, porque todos los involucrados trabajaron por separado. Lo usual era que técnicos y profesionales se reunieran y planificaran conjuntamente las estrategias, pero lo abordaban por separado. Únicamente en los casos en que era requerida una mayor claridad conceptual en la parte entomológica, se acudió a un funcionario de vectores o al médico para ver la parte clínica.

Lo primero que se hizo fue informar y organizar a las comunidades con respecto a las medidas inmediatas para atacar el problema. Al principio la problemática se manejó como si fuera una simple gripe y se utilizó la estrategia de corredores de salud definidos, tomando en cuenta la experiencia adquirida por los técnicos de vectores en la erradicación



de la fiebre amarilla y la malaria. Se realizaron intervenciones de acuerdo con las diferentes disciplinas (trabajo social, enfermería, atención primaria, etc.), pero dado su carácter de contingencia, fue difícil educar a la población.

La carencia de criterios técnicos y normas, llevó a la Comisión Cantonal de Lucha contra el Dengue a tratar de establecerlos. Así, comenzó a crear espacios técnicos y protocolos aplicables en nuestro país. Se elaboran documentos como el Plan de Lucha contra el Dengue, en el nivel cantonal, donde se enfocaban todos los componentes por separado (vigilancia, participación comunitaria, y otros.), y también surgieron varios documentos teóricos sobre vigilancia y control de vectores.

Pese a lo valioso del esfuerzo, "el Plan permanente tenía una gran debilidad; aunque explicaba ampliamente que era lo que se debía hacer, no decía cómo hacerlo <sup>12</sup>. Era interesante pero muy amplio y siendo el cantón de Puntarenas un área que integra 13 distritos, no tardaron en aflorar luchas de poder.

La comisión negoció colaboraciones con instituciones públicas como el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), el Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) y la Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (DINADECO).

También coordinó diversas actividades: un foro, muchas campañas de limpieza y la campaña escolar "Cinco minutos con el dengue" junto con el Ministerio de Educación Pública (MEP), entre otras.

Además, logró la participación de organizaciones privadas y fuerzas vivas de la comunidad, como el Club Rotario. Sin embargo, la carencia de objetivos claros permitió que disminuyera el interés y que se alejaran las personas, quedando un grupo reducido.

Profesionales y técnicos que conocieron el trabajo de la Comisión, opinaron que una de las razones por las que ésta decayó fue porque era muy reactiva y manejaba un concepto de participación focalizado a la intersectorialidad, y no la incorporación activa de la comunidad. Otros, lo atribuyeron a sus integrantes se sintieron desmotivados y sin apoyo.



<sup>12</sup> Dra. Victoria Sánchez, entrevista, Puntarenas, 2001.

En medio de todo ello, continuó la reforma del sector salud, que incluyó el traslado del Programa de Atención Primaria y del personal de atención primaria del Ministerio de Salud a la CCSS; mientras el Ministerio asumió la función de rectora de su área. Se crearon así los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). El ambiente laboral se tornó tenso debido a la incertidumbre del personal respecto de si se quedaba o no.

Al Ministro de Salud entrante se le propuso una estrategia de participación social articulada con el modelo de atención de los EBAIS. Se había detectado que cada vez que mermaba el brote, los Comités de Lucha contra el Dengue existentes se debilitaban; el nivel de compromiso era inestable, por lo que su permanencia estaba directamente relacionada con la presencia o no de brotes. Esto hacía necesaria una estructura de trabajo permanente articulada con los EBAIS; pero este modelo no funcionó por falta de apoyo de las entidades involucradas.

También surgieron acciones coordinadas entre el Ministerio de Salud, la Universidad de Costa Rica, el Cuerpo de Paz y Deportes, entre las cuales destacó la realización de una feria de la salud con amplia participación comunal.

"El resultado fue que todos sabían qué es el dengue, pero el problema son las prácticas y eso no depende de los niños sino de los adultos y de la prestación de servicios públicos"<sup>13</sup>.

## 5.2 El problema se agrava

Como entre 1995 y 1996 casi no hubo dengue, se bajó la guardia. Cuando, a finales de 1996, reapareció la enfermedad y se reanudaron las campañas de limpieza, ya el Ministerio no contaba con el personal de atención primaria y fue indispensable recurrir a otras estrategias para trabajar con la comunidad.

Nuevamente, se acudió a escuelas, con charlas y tareas y se atendió el control ambiental con los niños; en un verdadero trabajo hormiga. Se confeccionaron signos externos, como afiches, despletables y programas propios para la comunidad. La colaboración de sacerdotes y pastores de las iglesias, las emisoras locales y el perifoneo mejoraron la participación comunal, pero muchos esperaban soluciones institucionales



<sup>13</sup> Entrevista a la Master Julieta Campos, Puntarenas, 2001..

En 1997, resurgió la idea de trabajar con el modelo de los EBAIS; se diseñó una propuesta que se aplicó en la Clínica San Rafael. El área fue sectorializada se vinculó al EBAIS a las acciones de atención dengue.

Con la explosión epidémica de 1997, los funcionarios de salud nuevamente se vieron obligados a asumir el papel de limpiadores de basura, dejando de lado el componente educativo y el manejo clínico efectuado anteriormente. Los grupos comunales sólo los llamaban cuando había nuevos brotes y era necesario realizar campañas.

Ese mismo año, se terminó el proceso de capacitación de un grupo de médicos que regresó de Venezuela y después de trabajar los componentes del problema por separado, el panorama adquirió nuevas dimensiones y se concluyó que era necesario darle un abordaje integral, articulando vigilancia, control de vectores, atención y participación social.

En la mismas fechas, las autoridades de salud decidieron hacer una campaña igual a la del 94, pero después de un análisis optaron por traer a especialistas cubanos para evaluar lo actuado y determinar por qué las estrategias no daban resultado.

Las campañas, la metodología y la organización cambiaron. Fue así como se empezaron a realizar mini campañas focalizadas. La limitación se dio porque los especialistas de cada disciplina actuaban por su lado; "mientras uno daba una charla, otro fumigaba, otro organizaba. Entre tanto, en el nivel central se promovía una campaña educativa nacional, en coordinación con instancias públicas y privadas"<sup>14</sup>.

El año 1998, fue muy tranquilo y trajo otro cambio de gobierno. Con una cobertura nacional, se creó el plan "**No más dengue en mi comunidad**", que si bien estaba bien diseñado, a criterio de algunos especialistas, respondía a un plan para todo el país, cuando en realidad debió ser focalizado para que diera buenos resultados. Para ejecutarlo, era necesario primero adecuarlo a las características y necesidades propias del nivel regional y local.

Ante la aparición del Serotipo 2, se elaboró el **Plan de contingencia contra el dengue**. Se insertó en la sectorización conformada por los EBAIS, "en el escenario local, se gestan procesos de coordinación y negociación de



<sup>14</sup> Master Julieta Campos. Entrevista. Puntarenas, 2001..

los diferentes actores sociales que comparten una determinada situación de salud<sup>15</sup>.

Su objetivo general era promover la organización comunal y proponía acciones de participación social y educación a la comunidad. En el campo de la participación social planteaba conformar una comisión de trabajo con los diferentes actores sociales para atender la problemática del dengue, según sector de EBAIS. Y en educación, proponía actividades de perifoneo para brindar información sobre el nuevo serotipo y sus implicaciones a quienes asistían al EBAIS y clínicas; desarrollar espacios informativos en reuniones de padres de familia, asociaciones de desarrollo, en CEN - CINAI, reuniones de grupos ciudadanos de oro, empresas e instituciones, e identificar sitios públicos (pulperías, farmacias, iglesia, mercado, etc) para colocar afiches y otros signos externos. También proponía la labor escolar, mediante una campaña de eliminación de criaderos en escuelas y áreas comunales aledañas a centros educativos. Es importante destacar que este plan incorporó una estrategia de comunicación social de apoyo.

En 1999 se introdujo el serotipo 3 y aparecieron nuevos brotes de la enfermedad. La introducción de este nuevo serotipo con la epidemia de 1999, hizo temer una repetición de la crisis de 1997. Para el control del vector, el gobierno contrató más de cien funcionarios y duplicó el número un año después, para el control del vector.

Es importante destacar que en medio del proceso de contratación de más personal, empezó una serie de cuestionamientos en torno al papel que debía jugar la comunidad. Aquí se visualizó claramente la participación comunitaria como una pieza clave en la búsqueda de soluciones permanentes.

En este año surge un **Plan de Sensibilización a las Empresas**, una labor integrada de vigilancia, vectores y trabajo social que, unido al equipo de área se organizó para sensibilizar a la población. Como parte de la estrategia se incluyó una actividad que consistía en realizar un inventario y mapeo de todas las empresas e instituciones para ser visitadas por personal de vectores y de trabajo social. Los resultados de la labor realizada en las empresas y en el nivel local, permitió desarrollar importante metodología<sup>16</sup>.



<sup>15</sup> Ministerio de Salud, Región Pacífico Central. Plan de Contingencia Local. Puntarenas, agosto de 1999, SNP.

<sup>16</sup> El Nivel local la retoma para ejecutarla en todos los establecimientos e instituciones.

A diferencia de lo que se había hecho en el pasado, los funcionarios ya no ejecutaban sino que capacitaban a los trabajadores para que éstos asumieran funciones de ejecutores y vigilantes.

Este plan tuvo como antecedente, dos importantes experiencias. La primera, que se trabajó con el EBAIS, se dio en la Clínica de San Rafael. Se trató de una actividad de sensibilización a la comunidad, que formó parte del **Plan no más Dengue en mi Comunidad**<sup>17</sup>.

La segunda fue un plan dirigido a lograr un centro de trabajo saludable, que puso en práctica en el Hotel Fiesta. Mediante actividades educativas y de control del medio se pretendía controlar el vector. Se apeló a la importancia del turismo y su impacto en la economía. El Ministerio de Salud envió técnicos de vectores a inspeccionar la empresa y reportar los riesgos, para que el personal de planta realizara el trabajo correspondiente. Además, los encargados de mantenimiento del hotel y el médico de empresa capacitaron al personal y lo evaluaron. Posteriormente, el gerente del hotel propuso una reunión con la cámara hotelera para ampliar la experiencia, pero se interrumpió por falta de una decisión institucional.

A partir del 1999 surge la necesidad de evaluar lo actuado, porque ya no se podía continuar ejecutando planes sin conocer su efectividad. Los expertos extranjeros que visitaron nuestro país confirmaron la opinión de los responsables locales, recomendando una estratificación epidemiológica y limpiar en corto tiempo las comunidades con mayor concentración de mosquitos. Además, reafirmaron la necesidad de articular la coordinación y organización interna.

En el año 2000 surgió una propuesta de trabajo conocido como "**Plan de Mayo**" (debido a que surgió en ese mes), presentada por los profesionales de la Región Pacífico Central a la entonces Viceministra de Salud.

Este plan de intervención del dengue retoma las enseñanzas acumuladas. Su estructuración coincidió con el análisis de lo actuado con respecto al manejo del dengue aprovechando la visita de los especialistas extranjeros. La propuesta se estableció en tres etapas:

- **Operación limpieza.** El objetivo era eliminar depósitos y criaderos potenciales, en La Gran Puntarenas. Partía de un diagnóstico situacional y mediante visitas domiciliarias procuraba sensibilizar a la población,



además de alertar a los sectores salud, educación, gobierno local, turismo y otros. Esta etapa tenía un componente de sensibilización a nivel privado y público muy importante. Como productos, se planteaba la ejecución de campañas de eliminación de criaderos en casas, instituciones y empresas.

- **Vigilancia por sectores.** Pretendía dar mantenimiento y seguimiento a la labor de limpieza. Incluía un componente de capacitación permanente a los promotores de la salud, además de mecanismos para estimular la organización de grupos de base (sectores) y la coordinación con otros funcionarios como los ATAP y los educadores. Entre los productos esperados destaca la realización de campañas de limpieza comunitaria, según diagnósticos.
- **Estudio base de comportamiento.** Pretendía determinar y caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con respecto al dengue, en La Gran Puntarenas. Mediante la aplicación de metodología cualitativa, buscaba concretar un estudio base de comportamiento para determinar estrategias de promoción y participación social.

De este plan solo se logra poner en operación la primera fase, y se replantea en el mes de agosto ante la aparición de nuevos brotes y el inicio de la contingencia.

Simultáneamente, se hizo una revisión técnica para saber cómo se manejaba la vigilancia y el control de Vectores. Al consultar la opinión y el conocimiento que tenían las personas sobre el dengue, se determinó que aunque las personas estaban informadas no cambiaban su actitud. Por otra parte, el equipo de profesionales y técnicos realizaba sus tareas pero no había una definición de por qué lo estaban haciendo de esa manera. Probaron diferentes métodos, aplicaron diversos instrumentos, pero el lineamiento estaba enfocado a la contratación de recurso humano y apoyado en Vectores; no estaba articulado con la comunidad.

A partir de ahí surgió la idea de trabajar en redes, aplicando la estrategia elaborada por la Unidad de Desarrollo de la Salud del Ministerio, de la Región Pacífico Central<sup>18</sup>. El 8 de agosto se convocó a la comunidad de La Gran Puntarenas por distritos (Puntarenas Centro, Chacarita y Barranca); al sector institucional, al privado, al público. Mediante esta



<sup>18</sup> Se propone la realización de una análisis FODA, el cual se detalla en el apartado sobre las redes comunitarias.

---

al sector institucional, al privado, al público. Mediante esta nueva forma de operar, no solo se les hizo un llamado para que apoyaran un plan previamente diseñado, sino que se buscaba un verdadero compromiso de participación comunitaria.



## 6. METODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Los profesionales y técnicos en Salud, destacados en la Región Pacífico Central han estimado que lo vivido desde 1993 “es un proceso de aprendizaje; aquí han venido numerosos expertos y la fórmula mágica no ha salido. Tal vez porque no hemos sistematizado los procesos”<sup>19</sup>. Para ellos, la prioridad es establecer esquemas de seguimiento y no quedarse esperando la siguiente epidemia.

De las numerosas acciones aplicadas para controlar la epidemia se logra extraer valiosa experiencia, que se detalla a continuación en forma cronológica.

### 6.1 Intervención directa con la comunidad

- **Informar a la comunidad** mediante volantes, charlas, visitas, entre otros instrumentos de comunicación acerca de lo que se conocía sobre la enfermedad, riesgos y medidas preventivas. El objetivo era involucrarlos en las acciones de eliminación y control del vector. El equipo de la Unidad Sanitaria respectiva se organizó por disciplinas y realizó intervenciones de acuerdo con su formación. La planificación se hizo en equipo, pero el abordaje se realizó en forma separada. Hubo poca participación de la gente y la orientación estaba centrada en fumigar y abatizar.
- **Establecimiento de contacto con las comunidades:** El personal de salud se involucró directamente en la eliminación de los criaderos. Se acudió al campo a identificar los criaderos para eliminarlos. Como parte del plan "**Limpieza Casa por Casa**", se utilizaron instrumentos de divulgación masiva (medios de comunicación local) para capacitar grupos comunales organizados y estatales y educación masiva a toda la población. Se megafoneó por los diferentes barrios que pasarían las cuadrillas de la Municipalidad y del MOPT recolectando casa por casa todo aquello inservible que pudiera ser criadero de larvas. Se estimuló la participación comunal y se trató de hacer conciencia de la situación que estaban enfrentando.



<sup>19</sup> Licda. Aura Jiménez Hernández, conductora de la Red de Barranca. Entrevista. Puntarenas, enero del 2002.

- **Coordinación con los colegios:** consistió en escoger un grupo de estudiantes que se incorporaron al Comité de Lucha Contra el Dengue. Se les capacitó acerca de los objetivos que se perseguían con las visitas a las casas. El primer escenario fue El Roble, una comunidad dormitorio, donde el 70 por ciento de la población no limpia las canoas de las casas por lo que muestra un alto índice de infestación. Los comerciantes aportaban la alimentación para los alumnos, mientras los funcionarios de vectores dirigían la parte técnica e indicaban los lugares que recorrerían los estudiantes y el grupo de apoyo. El contacto con la comunidad rindió sus frutos porque semanas después se notó la disminución de mosquitos. Posteriormente, la comunidad de El Progreso inició un proceso permanente de limpieza y de cambio de hábitos higiénicos. El barrio Carmen Lyra mostró los más bajos índices y ganó un premio por ello. Esta práctica se vino a menos por falta de sostenibilidad de las acciones; sin embargo, la alternativa actual de trabajo de las redes comunitarias de Chacarita, Barranca y Puntarenas intentan retomarla.



- **Responsable por manzana:** como estrategia, se consideró nombrar un responsable comunal por manzana en un barrio o sector, el cual tenía como función vigilar que las casas de sus vecinos estuvieran libres de criaderos, y motivar a todo el barrio a lograrlo. Se hicieron varios intentos, pero faltó seguimiento de la institución y compromiso de la comunidad, lo que influyó en la sostenibilidad.
- **Modelo EBAIS en el abordaje del Dengue:** En 1997, resurgió la idea de trabajar con el modelo de los EBAIS. Se diseñó una propuesta que se puso en práctica en la Clínica San Rafael. Se sectorializó a partir de los EBAIS ( cinco cuadrantes), con un técnico de atención primaria, un especialista en vectores y un trabajador social; así se visualiza como modelo teórico, con la idea de trabajar los componentes (promoción, vigilancia y control de vectores) por sujetos (niños en escuelas, amas de casa). Se complementó la figura del vigilante por cuadra, y sus funciones. Formalmente se desconocen los resultados, porque no fue evaluado, sin embargo, se afirma que funcionó reactivamente mientras duró la emergencia.
- **Campaña de sensibilización a las empresas:** Es una estrategia de cómo llegarle a las organizaciones, tanto públicas como privadas y concientizarlos acerca de su responsabilidad. El Ministerio envió técnicos de vectores a inspeccionar las sedes de las empresas y

reportar los riesgos. Durante las visitas a las instalaciones se le explicaba al personal las consecuencias de la enfermedad del dengue. Se hacía un recorrido por los alrededores y se les enseñaba a revisar e identificar áreas de riesgo, a eliminar potenciales fuentes de criaderos y vigilar la proliferación de vectores. Se nombraba un representante de organización para que ejecutara la misma rutina y se fijaba una cita de seguimiento para un mes.

## 6.2 Comisiones de vigilancia

- **Establecimiento de un sistema de información para la vigilancia.** Consistió en colocar cuadernos en las farmacias y pulperías desde Barranca hasta el centro de Puntarenas, y en las clínicas del Seguro Social, para recoger datos de las personas enfermas que compraban o a las que les recetaban acetaminofén en estos locales. De lo anterior surgió la idea de crear mini áreas para la vigilancia, integrando funcionarios de control de vectores, para articular un sistema de vigilancia comunitaria, pero no se ejecutó debido al cambio de funciones del personal de vectores, que se dio a partir del proceso de reforma, y a la falta de una adecuada articulación.
- **Creación de Comisiones de Vigilancia de Vectores** en las empresas, trabajo en equipos multidisciplinarios (personal de vectores, enfermería, médicos) y el establecimiento de indicadores y metas operativas que facilitan la medición de cumplimiento. Esta estrategia se practicó en el Colegio Universitario de Puntarenas (CUP). El equipo evaluó el área e informó al responsable de la institución acerca de los puntos críticos encontrados, para que ellos realizaran las acciones de limpieza. La Comunidad de Barranca también asumió el plan y aunque no fue evaluado, se conocen buenos resultados.



## 6.3 Campañas de limpieza

- En la organización y ejecución participaron diversos sectores y se logró unir a mucha gente en torno a un problema. Inicialmente, se limpiaba todo y se recogía la basura pero no se eliminaban los criaderos; pese a su alto costo económico originado en la gran cantidad de recursos humanos, técnicos y económicos invertidos. Hoy, las campañas de limpieza se orientan a eliminar criaderos, pero la estrategia no ha sido suficientemente efectiva porque no se ha sabido incorporar una visión de largo plazo a la variable educación.

#### 6.4. Ferias de la salud

- Como estrategia de promoción de la salud, estuvo siempre orientada a mostrar las características físicas del vector. Al principio se colocó un "stand" en un sitio abierto. Se capturaron estadios del vector para explicarle a las personas el proceso de la metamorfosis y se entregó información escrita. Durante la Primera Feria se coordinó con las escuelas para que los alumnos llegaran y conocieran el aspecto físico del vector. Luego, se siguieron realizando en cada comunidad, con un enfoque educativo – preventivo – demostrativo de servicios, e integrando a los CENCINAI.

#### 6.6 Festival de la salud en Barranca

- En el distrito de Barranca se consolidó un Festival Anual de la Salud, el cual incluye actividades deportivas y recreativas. El Festival atrajo muchos adeptos, y logró que la gente lo espere. Inició con una marcha de denuncia en la que docentes, padres y niños de todas las escuelas caminan por las calles con mantas, con consignas como "Eliminemos los criaderos, es responsabilidad suya", "El dengue es una enfermedad que pone en riesgo a la familia". Luego, incluyó una caminata por la playa y adicionalmente, se realizaron campañas de concientización al iniciar y al finalizar el curso lectivo. Estas actividades contaron con el apoyo económico y técnico del Ministerio de Salud, y de la CCSS.

#### 6.7 Actividades escolares

- **Cinco minutos con la salud.** Se originó en 1994 en la Región Pacífico Central. La estrategia consistía en que cada maestro de escuela dedicara cinco minutos diarios del tiempo lectivo para hablar de dengue, para lo cual se proporcionó documentación.
- **La Tarea Escolar.** En 1994 se logró una alianza con el Ministerio de Educación Pública, con el fin de llevar a la práctica el programa Dos veces al año, los estudiantes de los centros educativos llevaban una hoja explicativa a su casa, para que, junto con sus padres, identificaran criaderos del vector. Por ser una estrategia vinculada con una política de gobierno perdió vigencia en la siguiente.



## 7. NUEVO ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En mayo del 2000, los integrantes del equipo humano del Area de Salud de la región del Pacífico Central - fundamentalmente quienes venían trabajando con la enfermedad del dengue en La Gran Puntarenas, sintieron la necesidad de hacer un alto en el camino para examinar todo lo actuado en el período 1993-2000.

Las interrogantes acerca de por qué la alta incidencia de la enfermedad, de los brotes y picos tan serios que se presentaban periódicamente en los últimos años, a pesar de la labor y los diversos planes desarrollados, los llevó a realizar un análisis de lo actuado y a plantearse nuevas estrategias a partir de agosto del año 2000.

Mediante un análisis FODA, identificaron las fortalezas y debilidades del equipo de trabajo, del sector interinstitucional y del comunal. Esto condujo a visualizar el trabajo como equipo, como sector y la responsabilidad de la comunidad.

La aplicación de este instrumento visualizó una serie de debilidades y algunas fortalezas importantes. Por ejemplo, el trabajo que se venía desarrollando se hacía en forma fragmentada, individualizada, sin una labor interdisciplinaria. En el plano interinstitucional, las prioridades no estaban acordes con la situación de salud, las respuestas eran reactivas y puntuales, sin articulación y discordantes con el contexto. En lo que respecta a la comunidad, no existía sensibilización ni seguimiento a las actividades, solo respuestas reactivas cuando se presentaba la emergencia. La principal fortaleza detectada por este análisis fue la credibilidad del Ministerio de Salud frente a la comunidad.

Como conclusión final, se recomendó iniciar un trabajo mediante la estrategia de redes comunitarias.

Con ese objetivo el 8 de agosto del 2000 se convocó a la comunidad y se expuso el tema de manera más amplia en un taller denominado "**La búsqueda de una respuesta al quehacer comunitario e institucional en el control de las enfermedades condicionadas por factores del medio ambiente**". Acudieron 83 representantes (del sector público y privado, ONG'S, y comunidad) de la



Gran Puntarenas. En esta ocasión, se formularon una serie de compromisos comunitarios e institucionales, de acuerdo con las posibilidades y realidades de cada sector representado.

Así, "cuando se habla de dengue también se habla del río Barranca, de la contaminación por desechos sólidos, problemas como el deficiente sistema de alcantarillado sanitario, drenaje de las aguas pluviales, irregular suministro de agua (factor fundamental) y de otros temas de interés para la comunidad que trascienden al sector salud"<sup>20</sup>.

### 7.1 La estrategia de redes comunitarias

Como resultado del taller surgieron compromisos comunitarios e institucionales y se avaló la iniciativa de trabajar con la estrategia de redes comunitarias en cada uno de los distritos de la Gran Puntarenas, por ser los de mayor incidencia de la enfermedad del dengue. La Estrategia de Redes fue catalogada como una propuesta novedosa con importantes opciones para que la comunidad amplíe su participación en la solución de los problemas que le afectan.

La red es concebida como un "grupo de personas comprometidas, representantes de organizaciones de base comunitaria, que se organizan y trabajan en conjunto para fines comunes en el nivel del distrito"<sup>21</sup>. Su objetivo es potenciar, aunar esfuerzos y compartir responsabilidades.

La segunda fase fue la consolidación de la iniciativa mediante un plan de sensibilización y motivación que procuraba mayor participación de la comunidad. Por medio de la creación de una cadena social, las personas que acudieron a la cita del 8 de agosto motivaron a otras para que asistieran a las siguientes reuniones, desarrollándose una relación más interpersonal.

De seguido se empezó a organizar la forma en que se iba a trabajar. Se mantuvo un tipo de organización no tradicional, constituida por representantes de los distritos, pero sin jerarquías de ningún tipo. Una persona del equipo técnico es el enlace o facilitador del proceso en cada distrito.

<sup>20</sup> MSc. Julieta Campos. Entrevista realizada en noviembre del 2001 en Puntarenas.

<sup>21</sup> Organización Panamericana de la Salud. Taller sobre participación comunitaria en programas de prevención y control del dengue. Costa Rica, diciembre del 2001.



"Son simplemente un grupo de personas representantes de base, con voz y voto, con libre participación, valores comunes y lazos de solidaridad"<sup>22</sup>.

En la tercera fase se dio un proceso de fortalecimiento de la red y del equipo conductor y de gestión; mediante reuniones semanales de análisis de la marcha de cada red comunitaria, se capacitó a cada red en sus funciones y se identificaron problemas y posibles soluciones en cada localidad, según sea el contexto.

En la actualidad las redes se encuentran en la fase de fortalecimiento. Cada semana se programan reuniones de gestión, en la que participan los facilitadores, con el fin de analizar el avance del proceso en cada una de ellas.

La iniciativa propicia la evaluación del proceso y la auto-evaluación en cada red. También apoya la auditoría ciudadana y la evaluación comunitaria interinstitucional, para la rendición de cuentas.

Hasta el momento, la experiencia demuestra una participación importante, pues la comunidad siente que se les está tomando en cuenta. Anteriormente, el Ministerio de Salud asumía toda la responsabilidad, mientras la comunidad ni siquiera estaba informada de lo que hacía, situación que minaba su disposición y capacidad de respuesta.

El programa de trabajo de las redes es integral. Quienes participan en vigilancia epidemiológica deben identificar áreas de riesgo como lotes baldíos, levantar la información, citar a los dueños y motivarlos para cambiar de actitudes y prácticas. también, se involucran en el control de vectores, realizan visitas domiciliarias y en caso de sospecha de casos de dengue transmitidos por vectores, dar la voz de alerta. además, colaboran con la educación de la población, organizan campañas de eliminación de criaderos en la comunidad y en la escuela.

Colaboran con los festivales de la salud, ofrecen charlas educativas en las escuelas para sensibilizar en la eliminación de criaderos. Durante las visitas a las viviendas, se encargan de difundir mensajes educativos, preparar materiales de apoyo y distribuir y comentar el folleto "Cinco minutos con el dengue" (en Barranca).



<sup>22</sup> Lecciones aprendidas, desafíos y alternativas futuras para las intervenciones de participación comunitaria en programas de prevención y control del dengue. Taller realizado el 5 y 6 de diciembre del 2001.

---

También, visitan centros de trabajo para sensibilizar al personal acerca de la necesidad de eliminar criaderos. En empresas públicas y privadas coordinan para darle seguimiento al programa de vigilancia; y buscan recursos para ejecutar distintas campañas, en las que participen el sector privado y la alcaldía.

En la Comunidad, aplican la experiencia que tienen en fiscalización ambiental, se involucran en tareas de reforestación que coordinan con el MEP y el ICE y promueven limpieza de caños y zanjas.

"Las redes participan en la elaboración del plan de trabajo, saben sus necesidades y se comprometen; esa es la diferencia"<sup>23</sup>. Además, se les dio potestad para que tomen decisiones y se les está incorporando a otro tipo de campañas, por ejemplo en las visitas casa por casa, previa capacitación para que ellos lo asuman.

La radio es otro instrumento de difusión importante del mensaje. El propietario de una emisora cultural ofreció una de las dos frecuencias de que dispone para que sea administrado por la Red de Barranca; y ya cuentan con una junta directiva para este fin; la CCSS facilitó los muebles para el programa y la sede es un local de uno los integrantes de la Red comunitaria de Barranca.

La gran diferencia ha sido que en red, la gente trabaja por su propia comunidad. A juicio de los especialistas, el concepto de redes implica todo; es una estrategia vinculante de lo que hace la rectoría, implica mucha negociación y trabajo intersectorial y comunitario. Es un grupo abierto, todos se sienten dueños del proceso y han encontrado como común denominador trabajar juntos en algo, sin jerarquías, con la misma cuota en la toma de decisiones.

Lo que sigue, opinan los profesionales de la Región Pacífico Central, es proponer un plan de abordaje a largo plazo.



---

<sup>23</sup> Sandra Mora Cordero, Conductora de la Red de Puntarenas. Entrevista. Puntarenas, 2002.

## 8. RESULTADOS

El recuento de la experiencia en La Gran Puntarenas, arroja estos resultados:

El dengue debe ser atendido como un problema de salud pública, en el cual se conjugan aspectos individuales con factores sociales asociados. Por lo tanto, su atención efectiva no puede limitarse al tratamiento de los pacientes; involucra elementos colectivos como: disposición adecuada de aguas pluviales y de desechos sólidos, además de cultura higiénica ambiental, entre otros; para evitar potenciales focos de criaderos.

### 8.1 Estructura organizativa

Es importante que la estructura organizativa - en sus diferentes niveles: nacional, regional, cantonal y distrital (de barrio)- tenga reglas, funciones y objetivos claros, para evitar la incongruencia y que la competencia estimule la salida de los colaboradores comunales.

En todo caso, la atención del dengue debe ser direccionada por parte de un equipo multidisciplinario que vea el problema de manera integral, con pleno respeto de los criterios de especialidad y que incorpore a la comunidad. Sus acciones deben ser respaldadas por las instancias jerárquicas institucionales.

Tanto la organización como las acciones, deben contar con debido respaldo normativo, de índole técnico, institucional y jurídico; así como un presupuesto asignado para la atención de las diferentes medidas por tomar. Las normas y protocolos existentes deben ser revisados y actualizados periódicamente.

El dengue debe ser asumido como una política de Estado con plena responsabilidad de la sociedad civil, para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos y un abordaje integral, permanente y sistematizado.





ACTORES	FUNCIONES
Instancias públicas	La coordinación debe darse en todas las instancias y niveles, institucional – pública con el sector privado y comunal. Las pautas para el manejo de los recursos deben estar presentes en las distintas etapas de atención del dengue: ausencia, bajo control o epidemia, por ejemplo.
Instancias privadas	Su participación debe ser más activa, no sólo por interés directo en la salud de las personas, sino también por las implicaciones socioeconómicas negativas que trae consigo la enfermedad.
Comunidad	El interés y la alerta debe ser una constante. La participación popular debe ser ajena a la presencia o no de la enfermedad. Las redes comunitarias son un excelente mecanismo de coordinación y acción efectiva cuando existe verdadero compromiso.
Organismos no gubernamentales	Su involucramiento contribuye a darle mayor credibilidad y amplitud de acción a las instancias públicas y comunales, dada la flexibilidad de su marco legal.
Especialistas	Constituyen un soporte indispensable para la adecuada atención de la enfermedad, vigilancia y el control del mosquito. El respeto de y hacia los demás integrantes del equipo de trabajo potencializa la efectividad de su labor.

## 8.2 Proceso de ejecución

El direccionamiento y coordinación de los planes y acciones debe estar a cargo de un grupo multidisciplinario, que se mantenga vigilante y analice la situación para planificar adecuadamente, con el fin de evitar la acción reactiva. La mayoría de brotes fueron abordados con medidas de corto y mediano plazo.

En caso de brotes incontrolables, la medida reactiva es inevitable; pero para evitar que estos ocurran es recomendable ejecutar acciones permanentes de prevención y control del mosquito.

## Medidas de prevención y control

La eliminación de criaderos debe ser el objetivo prioritario sobre la limpieza de desechos sólidos; aún cuando esta última es recomendable como factor asociado.

ACCIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS / LIMITACIONES
Analizar las características del brote e identificar los sitios afectados.	Permite planificar adecuadamente las subsiguientes acciones.	Disponer de datos correctos y actualizados.
Ejecutar una atención sectorializada estratificada, según la importancia de los brotes.	Permite aprovechar más efectivamente los recursos, y controlar la proliferación del mosquito al atacar aquellos sitios donde es más densa su población y por lo tanto, su capacidad de reproducción.	
Modificar métodos de almacenamiento de agua, natural o doméstico.	Ataca directamente la fuente de criaderos.	Depende del comportamiento permanente de la población.
Eliminar de forma intensiva de criaderos (campañas de limpieza)	Su efecto es inmediato si se elimina el criadero.	Requiere gran despliegue de recursos, generalmente donde escasean y usualmente es aprovechado por la comunidad para otros fines (desprenderse de la basura)
Rellenar zanjas y/o depósitos naturales en sitios cultivados o no habitados.	Elimina fuentes de posibles criaderos en sitios poco transitados.	Exige una amplia cobertura, inspección y, por tanto, igual mano de obra.
Rellenar huecos en las vías.	Elimina fuentes de posibles criaderos en sitios muy transitados.	Exige coordinación de varias instancias y recursos económicos.





Realizar campañas masivas de información y educación sobre eliminación de criaderos. Debe tomar en cuenta las características culturales y socioeconómicas de la población.	Pone sobre aviso a la población de manera casi inmediata, para que adopte medidas correspondientes. Pueden ser estrategias locales de información a más bajo costo.	Sus resultados dependen de la rapidez de acción, de una adecuada coordinación y que esté en concordancia con las demás estrategias de atención, vigilancia y control.
Capacitar permanentemente al personal de salud y de sus colaboradores.	Brinda seguridad a los encargados de ejecutar las acciones y confianza a los destinatarios.	El costo, tiempo y disponibilidad limitada de los instructores.
Mantener registro y mapeo de casos e indicadores de salud.	Permite conocer y controlar la evolución del brote.	No toma en cuenta los casos no reportados.
Ejecutar actividades educativas de índole académica, cultural, deportiva o comunal en torno al tema. Desarrollo de foros, debates, ferias, festivales, concursos, obras de teatro, etc. Los escenarios pueden ser tan distintos como la escuela, el templo, organizaciones públicas, comerciales, gremiales, comunales, o al aire libre.	Conserva el interés de la población sobre el riesgo latente en sus comunidades. La variedad de opciones es ilimitada. La comunidad puede involucrarse directamente en la organización y realización de la actividad, y darle un sello propio.	Debe ser variado y flexible para mantener el interés de los distintos segmentos de la población.
Efectuar evaluaciones periódicas y constantes, partiendo de medidas y criterios claros y bien definidos y con representación de todos los actores.	Permite identificar posibles errores y formas de corregirlos	

## ANEXO 1

PRINCIPALES PLANES DE ACCION Y  
SURGIMIENTO DE COMISIONES*1. EL Plan de Acción en Puntarenas. 1993.*

Se plantea como uno de sus objetivos fundamentales reducir en un período de corto plazo, los índices de infestación para controlar la transmisión de la enfermedad. Para lograrlo desarrolla actividades dirigidas a la eliminación de criaderos, mediante la aplicación de insecticidas. Durante unos meses se logra controlar la enfermedad, pero aparece una epidemia en enero de 1994, ante lo cual surgen nuevas acciones y actividades. Destacan las siguientes:

- Coordinación y dirección de campaña de abatización - fumigación y educación casa por casa, con el apoyo técnico y logístico de nivel regional y nivel central del Ministerio de salud, así como del personal técnico de otras regiones del país.
- Realización de talleres educativos e informativos a los sectores populares, instituciones públicas y privadas, para planificar la intervención comunal
- institucional, como estrategia operativa en la Lucha contra el Dengue, mediante una comisión interinstitucional y comunal cantonal.

*2. Comisión Interinstitucional y comunal cantonal*

Fue creada el 8 de febrero de 1994. Establece acciones en las áreas de educación, participación y promoción social, vigilancia epidemiológica, control del medio ambiente e investigación. Entre las actividades desarrolladas por esta comisión destacan tres campañas de limpieza de criaderos por sectores, exhibición educativa "lucha contra el dengue", dirigida a estudiantes y público en general y participación en una Feria de la Salud.

Debido a la prevalencia de la enfermedad con carácter de epidemia, la **Comisión Interinstitucional y Comunal Cantonal** solicita la intervención de las altas autoridades gubernamentales (Presidente de la República, Ministro de Salud, Ministro de Obras Públicas) obteniendo apoyo político

y técnico. En esta coyuntura, se designó al Vice ministro para que, en coordinación con la Comisión Cantonal, definieran las acciones a seguir para el control de la enfermedad. El apoyo gubernamental da como resultado que el Consejo de Gobierno, en coordinación con la Comisión Cantonal, implementa una campaña educativa para eliminar criaderos. Entre las actividades desarrolladas destacan visitas educativas casa por casa y fumigación de 55 casas.

### *3. Plan permanente de lucha contra el dengue en Puntarenas - 1994-1996.*

Fue presentado el 11 de octubre de 1994. La coordinación la mantuvo la Comisión Local de Lucha contra el Dengue. El plan, que responde a la necesidad de mantener acciones permanentes de lucha contra la enfermedad, fue elaborado por una Comisión Cantonal, con asesoría y participación en el nivel regional del MS/ CCSS - Comisión Nacional de Lucha contra el Dengue, Cólera, Malaria y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo general era prevenir y controlar la enfermedad, sus diferentes manifestaciones por medio del desarrollo de acciones integrales y sostenibles de educación, participación y comunicación social, vigilancia epidemiológica, control del medio ambiente e investigación, a fin de evitar la aparición de futuras epidemias que pudieran implicar la pérdida de vidas.

Se proponía reducir los índices de infestación en un porcentaje menor o igual al 1%, desarrollar la participación social, mediante el fortalecimiento de la organización comunal y de la coordinación interinstitucional, vigilar la distribución, densidad y ecología del vector para su control, vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales en aspectos de saneamiento ambiental, formar un grupo de voluntarios comunales a fin de que participen en las acciones de educación, vigilancia y control de vector en su comunidad, brindar educación a las familias, para lograr cambios en conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al vector, detectar, manejar y tratar en forma oportuna y adecuada los casos de dengue clásico y hemorrágico, realizar investigación epidemiológica, para la toma adecuada de decisiones

Destacan acciones de educación, participación comunitaria, comunicación social y de vigilancia y estudios del vector.



#### 4. Plan de lucha contra el dengue - Región Pacífico Central- 1997 En la Epidemia de Dengue Serotipo 3 en Puntarenas

Proponía que el Área de Salud de Puntarenas elabore y ejecutara acciones integrales en las que se considerara el componente educación, participación y promoción social, vigilancia epidemiológica, control del medio ambiente, e investigación. Para desarrollarlo contaba con el apoyo del equipo humano y técnico del Área de Salud de Puntarenas, cuatro EBAIS del Área de Salud de Puntarenas, miembros de la comunidad, equipo rector del Ministerio de Salud de Puntarenas, ATAP del Área de Salud Chacarita, y de las radioemisoras y periódicos locales. Planteaba realizar visitas domiciliarias a fábricas, oficinas, u otros establecimientos, a fin de reeducar con respecto a la identificación y eliminación de criaderos.

#### 5. Plan de Promoción de la Salud: No más dengue en mi comunidad. 1998.

La Unidad de Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud, elaboró el Plan de Promoción **No más dengue en mi comunidad**.

El plan constituye un esfuerzo que debe ser complementado en el área local, mediante el apoyo a iniciativas propias de la comunidad que encuentran asidero institucional en las organizaciones que convergen dentro de la misma localidad y procuran su desarrollo. Las acciones buscaban integrar diferentes recursos para obtener una respuesta más operativa y consecuente con la realidad en la que se ejecuta.

Se proponía elaborar la estrategia social que permitiera el desarrollo de acciones alternativas en la lucha contra el dengue y crear una estructura organizativa local que favoreciera las acciones en la lucha contra el dengue.

Entre las estrategias destacan visitas a la comunidad, caracterización socioeconómica de la comunidad, Integración de un equipo de apoyo comunitario, desarrollo de un plan de acción inmediata, diseño de la estrategia comunitaria de lucha contra el dengue.

Para lograrlo proponía acciones de capacitación del equipo seleccionado, participación comunitaria, (ferias de la salud, concursos infantiles), identificación de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el dengue y los medios de comunicación utilizados por la comunidad.



Planteaba formar una comisión interinstitucional e intersectorial, mantener informada a la comunidad sobre el proceso que se desarrollaba, crear un sistema de comunicación para la comunidad sobre lo ejecutado, y elaborar un plan de comunicación social de apoyo a los medios locales. También incorporaba tareas y productos.

### *6. Plan de contingencia local en la epidemia de dengue 2 en Puntarenas: (componentes: vigilancia epidemiológica y promoción de la salud). Agosto a diciembre de 1999.*

Ante la aparición del SEROTIPO 02, y con la de la Comisión Nacional del Dengue, en agosto de 1999, aparece un plan de contingencia. La estrategia planteada se dirigía a trabajar con la sectorización conformada por los EBAIS, donde el escenario del espacio local, viene a gestar procesos de coordinación y negociación de los diferentes actores sociales que comparten una determinada situación de salud. Propone una serie de acciones que ya habían sido desarrolladas durante las epidemias del 93, 94 y 97.

El objetivo general era promover la organización comunal y proponía acciones de participación social y educación a la comunidad. En el campo de la participación social planteaba conformar una comisión de trabajo con los diferentes actores sociales para atender la problemática del dengue, según sector de EBAIS. Y en educación, propone actividades de perifoneo para brindar información sobre el nuevo serotipo y sus implicaciones a quienes asisten al EBAIS y clínicas, desarrollar espacios informativos en reuniones de padres de familia, asociaciones de desarrollo, entrega de leche CENCINAI, reuniones de grupos ciudadanos oro, empresas e instituciones, identificación de sitios públicos (pulperías, farmacias, iglesia, mercado, etc) para colocar afiches y otros signos externos. También propone la labor escolar, mediante una campaña de eliminación de criaderos en escuelas, áreas comunales aledañas a centros educativos y actividades de capacitación, como charlas dirigidas a líderes comunales, educadores, representantes de los medios de comunicación local y voluntarios en salud.

Es importante destacar que este plan incorpora una estrategia de comunicación social de apoyo.



## 7. Propuesta de intervención del dengue - 2000 (Plan de Mayo)

Esta propuesta retoma las enseñanzas acumuladas durante las diferentes epidemias que ha tenido que enfrentar La Gran Puntarenas. La propuesta se estableció en tres etapas:

**I etapa. Operación limpieza.** El objetivo era eliminar depósitos y criaderos potenciales, en La Gran Puntarenas. Partía de un diagnóstico situacional, proponía sensibilizar a la población mediante visitas domiciliarias, alertar a los sectores salud, educación, gobierno local, turismo y otros, así como coordinar y realizar visitas a actores sociales. Entre los productos destacaba la ejecución de campañas de eliminación de criaderos en casas, instituciones y empresas.

**II etapa. Vigilancia por sectores.** Pretendía dar mantenimiento y seguimiento a la labor de limpieza en la Gran Puntarenas. Incluía un componente de capacitación permanente a los promotores de la salud, además de mecanismos para estimular la organización de grupos de base (sectores) y la coordinación con otros funcionarios como los ATAP y los educadores. Entre los productos esperados destaca la realización de campañas de limpieza comunitaria, según diagnósticos.

**III etapa. Estudio base de comportamiento.** Pretendía determinar y caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con respecto al dengue, en La Gran Puntarenas. Mediante la aplicación de metodología cualitativa, buscaban concretar un estudio base de comportamiento para determinar estrategias de promoción y participación social.



## 8. Estrategia de red comunitaria

Para el desarrollo de la red con participación social, se trabajó en tres fases:

**I. Convocatoria.** En agosto del 2000 el Ministerio de Salud hizo un llamado a 83 actores sociales del sector privado y público, de las Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) y de la comunidad, en la Gran Puntarenas, para que participaran en el taller titulado "La búsqueda de una respuesta al quehacer comunitario e interinstitucional en el control de las enfermedades condicionadas por factores de medio ambiente".

De este taller surgieron compromisos comunitarios e institucionales y la propuesta de organizar, en cada uno de los distritos de la Gran Puntarenas, una red comunitaria. Asimismo, se hizo un inventario de los recursos disponibles para iniciar el proceso.

**II. Consolidación.** Mediante un plan de sensibilización y motivación se buscó mayor participación de la comunidad y se organizaron los procesos de trabajo mediante la designación de una persona del equipo técnico como enlace o facilitador del proceso en cada distrito.

**III. Fortalecimiento.** Cada semana se programan reuniones de gestión, en la que participan los facilitadores, con el fin de analizar el avance del proceso en cada red comunitaria.

**IV. Evaluación.** Se propicia la auto-evaluación en cada red y se apoya la auditoría ciudadana y la evaluación comunitaria interinstitucional, para la rendición de cuentas.

### *Otras propuestas y planes focalizados*

#### **a. Plan de acción de lucha contra el dengue y la malaria (Area de Puntarenas y Chacarita).**

Fue elaborado por el Equipo Rector del Area de Salud de Puntarenas y Chacarita, en febrero de 1999, para ser ejecutado entre febrero y diciembre de ese año.

Plantea como objetivos garantizar que la producción social de la salud se realice de manera eficiente, contribuyendo a mantener y mejorar la calidad de vida de la población del Area Rectora de Salud Puntarenas y Chacarita, conducir y asesorar para la formulación, elaboración, ejecución y evaluación de proyectos y planes de lucha contra el dengue y la malaria, orientados hacia la protección y promoción de la salud. Conducir y asesorar procesos integrados y permanentes de educación, comunicación y participación social, con los diferentes actores sociales (comunidad, personal de salud, instituciones públicas, empresas privadas, a fin de llevar a cabo el proceso de construcción de la salud)

Más específicamente, propone contar con un diagnóstico organizacional e institucional de otros actores sociales, y con un sistema de información local y acciones de intervención para un mejor control de las dos enfermedades, y desarrollar una vigilancia proactiva., entre otros. Para



lograrlo propone llevar a cabo reuniones de coordinación con miembros de los EBAIS, con las instituciones públicas y privadas y con líderes comunales, entre otras cosas.

**b. Manejo integrado de *Aedes aegypti*, vector del dengue: estrategias sostenibles propuestas por la Universidad de Costa Rica.**

La Universidad de Costa Rica presentó en 1996 a las autoridades del Ministerio de Salud, una propuesta que persigue un enfoque integral del problema del dengue y ofrecía una serie de medidas alternativas de control del vector. El eje central de la propuesta se basa en un modelo simulado, computadorizado, conformado por una serie de parámetros de orden demográfico, viral y entomológico. Es un modelo predictivo que sirve para caracterizar y racionalizar los esfuerzos en el control del vector. La propuesta hace un recuento histórico del dengue en Costa Rica, datos climáticos, serológicos y entomológicos y plantea realizar trabajo de campo y de simulación.

**c. Plan de acción, promoción, prevención y protección de la salud contra el dengue, en Miramar - 1998.**

Este plan aparece con el objetivo de promover el desarrollo de acciones que propicien la promoción social de la salud, mediante la incorporación de los sectores que comprenden los EBAIS La Unión, Las Huacas y San Isidro.

Plantea desarrollar reuniones de coordinación interinstitucional y sectorial para conformar la comisión local de prevención del dengue en Miramar e iniciar el plan de acción para realizar la campaña de limpieza. Además, capacitar a estudiantes de primaria y secundaria que colaborarán con la campaña de eliminación de criaderos, capacitación al personal de salud de la clínica de Miramar sobre el plan de acción y la campaña. Capacitación a ECOS de San Isidro y las Huacas sobre dengue y acciones a seguir en el plan de acción, identificación de criaderos y entrega de bolsas para recolección de criaderos, información casa por casa sobre la enfermedad, campañas de eliminación de criaderos, reporte de familias que rehusan el servicio que se brindará en la campaña.



---

**d. Plan de acción específico: promoción y protección de la salud contra el dengue- 1998.**

El objetivo fundamental era incorporar a los pescadores de los sectores de Costa Pájaros, Morales, Manzanillo, Punta Morales, Chomes, Abangaritos, en las acciones de lucha contra el dengue. Planeaba acciones de capacitación en el tema del dengue y coordinación con las organizaciones locales y proponía actividades de identificación y eliminación de criaderos, información casa por casa, y reporte de familias que rehusaran el servicio.



## BIBLIOGRAFÍA

Bolaños Sánchez y otros. Percepción que tienen los pobladores de Limón Centro y la Gran Puntarenas sobre la enfermedad del Dengue. Ministerio de Salud. Unidad de Información y Educación. San José, 2000.

Campos Sequeira y Otros. Dengue clásico: Un estudio de la respuesta social en la Región Pacífico Central. Práctica de Investigación. Maestría en Salud Pública, Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, 1997.

Calvo Nidia y otros. Epidemia de dengue en Golfito: percepciones, conocimiento y prácticas de la comunidad. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud y el Ministerio de Salud de Costa Rica. San José, s.f.

Informe de la Comisión Técnica Interinstitucional de Dengue. Visitas realizadas a nueve regiones de salud del país. San José, 1999.

Informe elaborado a solicitud de la OPS para ser presentado en el Taller Subregional sobre intervenciones basadas en la comunidad. Participación comunitaria en Dengue. San José, diciembre, 2001.

Ministerio de Salud. Percepción que tienen los pobladores de Limón centro y la Gran Puntarenas sobre la enfermedad del dengue. San José, 2000.

Ministerio de Salud. Plan de trabajo, estrategia de redes comunitarias. Area Rectora de Salud de Barranca, Chacarita y Puntarenas. Puntarenas, 2001.

Organización Panamericana de la Salud– Organización/ Mundial de la Salud (OPS/OMS). Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guías para su prevención y control. Publicación científica N. 548. Washington, 1995.

Organización Panamericana de la Salud. Lecciones aprendidas, desafíos y alternativas futuras para las intervenciones de participación comunitaria en Programas de Prevención y Control del Dengue. Informe basado en el taller realizado en Costa Rica, 5 y 6 de diciembre del 2001.

Sánchez L. Victoria. Presentación del Estudio Descriptivo del Dengue en la Gran Puntarenas, Canton Central - 1993 -2000. Universidad Nacional. Sf.



---

## Entrevistas

Dra. Victoria Campos L. Entrevista realizada en Puntarenas, en noviembre del 2001, enero del 2002 y Junio del 2002. Ministerio de Salud, Región Pacífico Central.

MSc. Julieta Campos S. Entrevista realizada en Puntarenas, Noviembre del 2001, enero del 2002 y junio del 2002. Ministerio de Salud, Región Pacífico Central.

Licda. Sandra Mora. Entrevista realizada en Puntarenas, Noviembre del 2001. Ministerio de Salud, Región Pacífico Central.

Licda. Aura Jiménez. Entrevista Realizada en Puntarenas, Noviembre del 2001. Ministerio de Salud, Región Pacífico Central.



