

Hansen en Costa Rica: pasado, presente y futuro

(Leprosy in Costa Rica, Past, Present and Future)

Orlando Jaramillo-Antillón¹, Azálea Espinoza-Aguirre², Raquel Lobo-Philp³

Resumen

Objetivo: Describir el manejo clínico y epidemiológico de la lepra, desde su aparición hasta el 2008 en Costa Rica y recomendar estrategias de control a las autoridades de salud.

Materiales y métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo. La revisión bibliográfica permitió describir la enfermedad desde 1798 hasta 1995. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos proporcionó la población y el Ministerio de Salud (MS) los casos para calcular tasas de prevalencia y porcentajes. Los hospitales: México y Calderón Guardia facilitaron los expedientes para clasificar los casos según tipo de lepra y compararlos con los notificados del MS.

Resultados: El primer caso se documentó en 1798. En 1979, se cerró el Sanatorio Nacional de las Mercedes. Las estrategias de control implementadas por el MS lograron disminuir los casos a menos de 1x10.000 habitantes en 1995. Del 2002 al 2008, en el país, se notificaron al MS 67 casos, pero 45 no especificaron el tipo de lepra. En los 22 casos clasificados, solo el 3% fue paucibacilar. El 97% de los casos notificados al MS eran lepra multibacilar. En los hospitales Calderón Guardia y México se atendieron 35 pacientes en el mismo periodo y de ellos 28 (80%) fueron del tipo lepra multibacilar.

Conclusión: Dado el alto porcentaje de pacientes multibacilares, es urgente que la Seguridad Social implemente la detección temprana de los casos, la rehabilitación integral de los pacientes y participe en forma activa y coordinada, en el control clínico y epidemiológico de esta enfermedad.

Descriptores: prevalencia, discriminación, Costa Rica, lepra

Abstract

Background and Aim: The aims of this review are to describe the clinical and epidemiological characteristics of leprosy from the first case documented and up to the year 2008 in Costa Rica and to advise health authorities on controlling disease strategies.

Materials and Methods: This is a descriptive and retrospective study concerning leprosy. The reference review allowed us to describe the disease from 1798 up to 1995. The National Institute of Census and Statistics provided the population data and the Ministry of Health the cases in order to calculate prevalence and percentages. The Mexico and Calderon Guardia Hospitals provided the patient files to classify leprosy cases by type and to compare them with the cases notified to the Ministry of Health.

1. Dermatólogo- Alergólogo. Profesor Emérito. Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica.
2. Epidemióloga. Ministerio de Salud de Costa Rica
3. Médica General

Correspondencia:
Orlando Jaramillo A.
drorlandojaramillo@yahoo.com

Results: The first case was documented in 1798. In 1979 the Mercedes National Sanatorium was closed. Control strategies implemented by the Ministry of Health diminished the number of cases reported to a ratio of 1 x 10,000 inhabitants by the year 1995. From 2002 through 2008 there were 67 cases reported to the Ministry of Health but in 45 of these cases the type of leprosy diagnosed was not specified. From the 22 cases in which the type of leprosy was specified, only 3% were of the paucibacillary leprosy. 97% of the cases notified to the Ministry of Health were multibacillary leprosy. In the Calderon Guardia and Mexico Hospitals 35 patients were attended during the same period of time and 28 of them (80%) were found to have multibacillary leprosy.

Conclusion: Given the high percentage of multibacillary leprosy, it is a matter of urgency that the Caja Costarricense de Seguro Social implements the early detection and integral rehabilitation of patients and that it participate in an active and coordinated manner in the clinical and epidemiological control of the disease.

Key Words: prevalence, discrimination, Costa Rica, leprosy

Recibido: 16 de abril de 2009

Aceptado: 28 de julio de 2009

Actualmente, la lepra está presente en 106 países y en 14 de ellos constituye un problema de salud pública, con más de un caso por cada 10.000 habitantes, principalmente en África, Asia y América Latina.¹

En el 2007, la Organización Mundial de la Salud, indicó que las regiones más afectadas del mundo registraron 258.133 nuevos casos, de ellos 42.153 fueron de América Latina, y el 93% ocurrieron en Brasil.²

A pesar de los grandes avances en el manejo del paciente con lepra y de ser una enfermedad curable en un corto plazo, hoy en día siguen estando profundamente arraigados los temores y prejuicios respecto a esta enfermedad y sus víctimas. Por esta razón sigue siendo una de las peores enfermedades sufridas por el hombre.

La piedra angular en la tarea para el control de esta enfermedad, es la de reducir su transmisión y romper la cadena de infección, lo que implica un diagnóstico precoz y un tratamiento integral adecuado, con poliquimioterapia, rehabilitación, apoyo socioeconómico y educación al paciente y su familia.

La participación activa y coordinada de los profesionales en salud, es indispensable para el control de esta enfermedad y reducir aún más la carga médico social, que produce esta enfermedad.

La rehabilitación del paciente con Hansen debe ser física, psicológica y social, debe ser parte integral en el manejo de este paciente.

Con el propósito de describir el manejo clínico y epidemiológico de la lepra desde la aparición del primer caso en el país, hasta la vigilancia epidemiológica que realizan actualmente la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud se realizó esta investigación. Como objetivos específicos se plantearon: describir los posibles orígenes de la aparición del Hansen en Costa Rica, así como la creación del lazareto, mencionar los procedimientos de

vigilancia de los casos y contactos hasta 1998, identificando los principales logros de los programas de control que existieron en el Ministerio de Salud, analizar los casos de lepra desde 1964 hasta el 2008, comparando los casos con un estudio realizado en el Hospital México y Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en 2008 y recomendar estrategias para el control de la enfermedad.

Materiales y métodos

Es un estudio de vigilancia epidemiológica, retrospectivo y descriptivo. Se conocieron los primeros casos de esta enfermedad en el país, las acciones realizadas para su control y la creación y la fundación del lazareto general del estado mediante revisión bibliográfica. Del diario oficial La Gaceta, en los decretos; No. 41 del Congreso Constitucional de la República de Costa Rica publicado en 1924, que incluyó el Código Sanitario Panamericano, el No. 14496-SPPS del 29 abril de 1983 y el No. 30945-S, se obtuvieron los procedimientos a seguir cuando se detectaba un caso, así como las fechas de creación, descripción y actividades del programa: “Lucha Anti-leprosa” que funcionaban en el Ministerio de Salud.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos proporcionó los datos de población y el Ministerio de Salud los casos para el cálculo de la prevalencia a partir del año 1974 hasta el 2008. Boletines publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) permitieron conocer el año en que logró el indicador de eliminación de la enfermedad en el país.

Las acciones y recomendaciones del Programa Regional de Lepra de la OPS para los países de baja prevalencia se conocieron del documento “Estrategia Mundial para aliviar la carga de lepra y sostener las actividades de control de la enfermedad, periodo del plan 2006-2010”.

Con la aprobación de las Jefaturas de los Servicios de Dermatología de los hospitales México y Rafael Ángel Calderón Guardia, se revisaron los expedientes de los casos, para la clasificación según tipo de lepra y compararlos con los casos notificados al Ministerio de Salud.

Resultados

Orígenes de la aparición del Hansen en Costa Rica

En el período de la conquista en Costa Rica, no hay datos que autenticquen la aparición de la lepra entre los nativos, según la historiadora Sara Chinchilla.³ Don Tomás de Acosta, en 1798, como Gobernador de la Provincia de Costa Rica, en un informe remitido a la Audiencia de Guatemala, hace notar que por los años de 1735 – 1738, se manifestó este mal en una criada, en el barrio Churuca, que hoy se conoce como San Rafael de Oreamuno de Cartago.³ Esta era una joven traída de España, que no era india, ni mulata ni negra.³

Casi un siglo después, en el potrero La Sangre de Cristo, aparentemente en las confluencias de los ríos Virilla y Tiribí, se construyó e inauguró el 27 de febrero de 1833, el primer Leprocomio del estado para 19 pacientes. Para esta época, la discriminación y el miedo hacia los enfermos de lepra era bien marcado, en todo el mundo y nuestra sociedad no escapó a esta situación.³

Poco tiempo después se dictó la orden de traslado de los enfermos al leproscario y esto ocasionó que los pacientes al darse cuenta que en este lugar no había la posibilidad de volver a ver a sus familiares ni de tener alivio físico ni espiritual, empezaron a fugarse, lamentablemente “El Jefe Supremo del Estado Libre de Costa Rica” impone la pena de muerte, a los pacientes que se fuguen del Lazareto, ejecutando a tres pacientes por este motivo, con lo cual concluye este triste capítulo de la historia de la lepra en Costa Rica.³

A finales 1858, el leproscario fue trasladado a una jurisdicción de la Uruca y posteriormente a una calle de la Sabana, donde permaneció desde 1877 hasta 1908; el 10 de mayo de 1908, nuevamente se traslada a Tirrasas de Curridabat, al “Asilo Nacional de las Mercedes”.⁴

En 1948 se producen cambios muy importantes en la historia de la lepra en nuestro país. El 11 de junio, de ese mismo año, por decreto, se cambió el nombre de “Asilo Nacional de las Mercedes” por “Sanatorio Nacional de las Mercedes”, lo que significaba que el paciente no iba a ingresar permanentemente, sino por un tiempo determinado mientras se curaba.³

El 10 de setiembre de 1948 se creó el “Departamento de Lucha contra la Lepra” dependiente del Ministerio.³

Vigilancia de la lepra en el Ministerio de Salud

El Congreso Constitucional de la República de Costa Rica mediante el Decreto No. 41 publicó la aprobación del Código Sanitario Panamericano, en 14 de noviembre de 1924, siendo este documento el primer tratado de sanidad internacional que escribe y detallan las medidas sanitarias adecuadas para impedir la trasmisión internacional de cualquier enfermedad infecciosa, se menciona aquí la lepra. Se indicaba en este documento las variables que debían recolectarse por cada uno de los gobiernos signatarios y la información que debía enviarse a la Oficina Sanitaria Panamericana.⁵ Se recolectó información del área donde la enfermedad había aparecido, la fecha de aparición, la fuente probable o el país del cual se introdujo y la manera como se efectuó la introducción y el número de casos confirmados.

Inicio del tratamiento en Costa Rica

Es célebre el año 1948, en el historial de la lepra en Costa Rica, porque en ese año se producen las primeras ocho altas o casos curados de lepra, después de tres años de haberse iniciado el tratamiento moderno con sulfonas.³

Fue en 1952, cuando se inició la profilaxis activa, con la creación del programa: “Control de contactos”, realizándose el primer censo de los mismos, y en 1962 se logró el nombramiento del primer médico encargado del control de contactos.⁴

Se debe mencionar la gran labor que hizo el Doctor Delfin Elizondo Salazar, a partir de 1950, durante veinticuatro años, como director del Sanatorio Nacional de las Mercedes y director a la vez del dispensario de la consulta externa de piel del Hospital San Juan de Dios, dedicándose por muchos años, a la atención de los pacientes con Hansen. Este distinguido y esforzado colega, llevó a cabo en la prensa escrita, una serie de doce artículos, donde explicaba la campaña contra la lepra en Costa Rica.⁶

Programa de control

En Agosto de 1974, se inició una reorganización total de “Nuevo programa para el control de Lepra en Costa Rica”.^{4,7} Su implementación fue el primer paso para disminuir la discriminación de estos pacientes. Los logros de este programa más destacados fueron:

- Se prohibió el internamiento de pacientes con lepra en el Sanatorio Nacional de la Mercedes (Leprocomio), bajo la idea fundamental de que el enfermo debe ser manejado en hospitales generales como cualquier otro paciente y quitando la idea anacrónica de que: “la lepra es una enfermedad aparte”.⁴
- Con la ayuda de los dermatólogos a nivel nacional, se implementó en el Ministerio de Salud, la vigilancia de los casos y los contactos, intensificando en forma importante la búsqueda de contactos de estos enfermos

y coordinando estrechamente con la Caja Costarricense de Seguro Social, aprovechando el personal médico, paramédico y planta física de la CCSS, lo que trajo consigo para el paciente de Hansen, todos los beneficios sociales que esta Institución otorga; a la vez que se le brindó acceso a sus modernas instalaciones hospitalarias y de consulta externa, como cualquier otro costarricense.

- Mediante la coordinación del Ministerio de Salud, se inició un programa de rehabilitación, considerando los aspectos médicos, físicos, psíquicos y sociales del enfermo con Hansen, en forma integral y humana, abriéndose para este paciente antes relegado, un horizonte de esperanza dentro de nuestra sociedad.⁸
- Se trató a los pacientes de forma ambulatoria reservándose la hospitalización para los estados de reacción y complicaciones intercurrentes y solo por el tiempo que esto demande. Estas hospitalizaciones se realizaron en los hospitales generales de la seguridad social.
- Se desarrolló un “programa de prevención de incapacidades y rehabilitación de los pacientes con enfermedad de Hansen” en la medida de los recursos disponibles, las incapacidades susceptibles de corregir por los métodos fisioterápicos y o quirúrgicos.⁷
- Se implementó el plan “hogares sustitutos” para lograr el cierre del sanatorio existente y reubicar a los treinta pacientes que aún permanecían internados. Con esta excelente idea, se logra incorporar a la sociedad y a la familia, los pacientes devolviéndoles el derecho a la libertad y buscando que recibieran un poco de calor hogareño en su nueva situación.⁹
- El Sanatorio Nacional de las Mercedes cerró sus puertas el 30 de marzo de 1979,⁹ confirmándose una vez más, a todos los costarricenses, la poca contagiosidad de la lepra. La lepra dejó de ser una enfermedad “aparte”, y pasó a ser una enfermedad más, como postulaba el ilustre leprólogo, el profesor Latapí.¹⁰

Creación del Departamento de Epidemiología en el Ministerio de Salud

En 1983, se establece por primera vez en el país un sistema de vigilancia epidemiológica, donde se menciona el registro de varias enfermedades y su agrupación. En este decreto, la lepra es una enfermedad de reporte obligatorio al Ministerio de Salud y se ubica en el grupo D, esto indicaba que la notificación y la investigación de un caso deben hacerse en una semana.¹¹ Durante el periodo de 1990 a 1998, específicamente el año 1995, se documenta en boletines de la OPS, la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública. Este proceso consistió, en mantener una prevalencia menor a un caso por diez mil habitantes en el nivel nacional.¹²

En la figura 1, se muestran los casos ocurridos en 1983, que fueron 642 en ese año y que representaron una tasa de prevalencia de 2,6 por diez mil habitantes para el país. La prevalencia fue disminuyendo y ya para 1995 logramos el indicador de eliminación. En ese año, los casos fueron 195, mostrando una tasa de prevalencia de 0,5 por diez mil habitantes.¹³

A partir de 1998, debido al proceso de reestructuración del sector salud, los programas de atención a las personas que estaban a cargo del Ministerio de Salud, se trasladaron a la Caja Costarricense de Seguro Social,¹⁴ y la atención clínica de estos pacientes, la asume la consulta de Dermatología del Hospital San Juan de Dios.

Desafortunadamente, el Ministerio no continuó la vigilancia epidemiológica de los casos existentes, y fue hasta el año 2001, que, como parte de los compromisos que había adquirido el país de eliminar la lepra como problema de salud pública para el año 2005, retoma la vigilancia.

En el cuadro 1, se presentan los casos notificados al Ministerio de Salud desde 1998 hasta el 2002. Como se observa, en 1995, teníamos 195 casos y en 1996, solamente se registran 22 en el Ministerio de Salud. Más grave aún, en

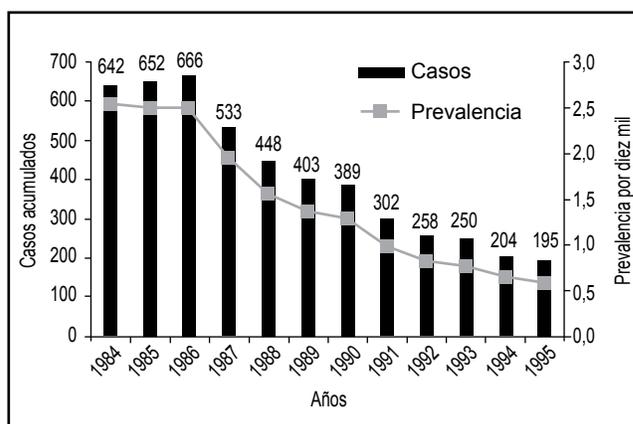


Figura 1: Casos acumulados de lepra y tasa de prevalencia por 10 mil habitantes según año. Costa Rica, 1983 a 1995.

Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.

Cuadro 1. Casos de lepra según año. Costa Rica, 1996-2002	
Año	No. Casos
1996	22
1997	13
1998	13
1999	11
2000	0
2001	0
2002	0

Fuente: Boletín estadístico 2003, Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud

los siguientes años, hasta el 2002 no se notificó ningún caso. Debido a esta situación, y considerando el compromiso adquirido de país, el Ministerio de Salud inicia nuevamente la vigilancia de la enfermedad, identificando los casos, y fortaleciendo del proceso de eliminación de la enfermedad de Hansen. A pesar de que habíamos logrado ese indicador desde el año 1995.

Situación epidemiológica de la lepra

A partir del año 2002, el Ministerio de Salud ha venido realizado una serie de actividades entre las que se destacan:

- En el 2002, se conformó, la Comisión Interinstitucional para la Vigilancia Epidemiológica de Lepra, con el propósito de identificar los casos, e iniciar las acciones tendientes a disminuir el número de casos.
- En el 2003, elaboró un estudio para determinar la prevalencia de lepra en Costa Rica de 1998 al 2003, mediante una búsqueda activa de casos. Se identificaron 114 casos, lo que representó una prevalencia de 0,3 casos por diez mil habitantes. En ese mismo año, se gestionó ante el comité de Normas Terapéuticas de la Caja Costarricense del Seguro Social y la Oficina Panamericana de la Salud, el acceso a base de la terapia multidrogas, para el tratamiento específico de la enfermedad de Hansen.
- Se elaboraron, publicaron y distribuyeron en los servicios de salud los siguientes documentos:
 - a. Protocolo de vigilancia epidemiológica para el manejo de la Enfermedad de Hansen. Publicado en el 2004.¹⁵
 - b. “Enfermedad de Hansen, Normas de Atención”, en colaboración con la jefatura del Servicio de Dermatología del Hospital México. Publicado en el 2005.¹⁶
- Por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, se consiguió una donación de lepromina, que se distribuyó en los diferentes centros de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social para ser usados en la clasificación de los casos y en el estudio de los contactos.
- Se realizó una encuesta para determinar la presencia de la enfermedad en los contactos de estos pacientes.
- Dos de los autores, hemos estado participando a nivel nacional, en capacitaciones al personal de salud para la atención y el manejo integral y epidemiológico de los casos, en más de 10 reuniones del personal de salud, a nivel nacional.

En la figura 2, presentamos la información de los casos que actualmente se registran en el periodo 2002-2008 en el Ministerio de Salud. La situación de ellos se presenta en el cuadro 2.

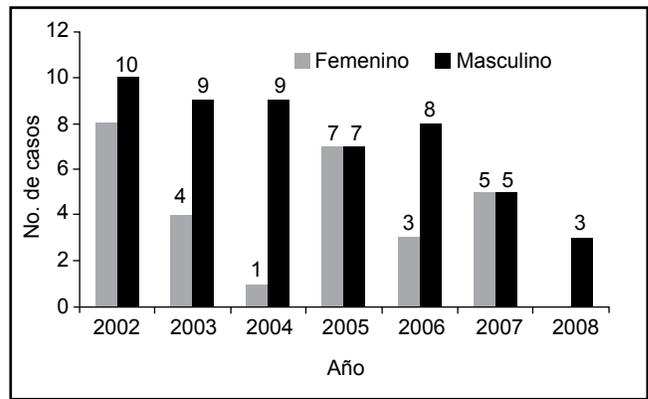


Figura 2: Casos acumulados de lepra según sexo. Costa Rica, 2002-2008.

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Cuadro 2: Casos de lepra notificados al Ministerio de Salud según condición. Costa Rica, 2002-2008.	
Condición	Número
Casos notificados	67
• Lepromatosos	20
• Tuberculoide	2
• Sin especificar	45
Dados alta notificados	7
Abandonos notificados	4

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud de Costa Rica.

A partir del 2005, se han incorporado en los servicios de salud de la CCSS; indicadores de monitorio y evaluación, con el propósito mantener la eliminación de la enfermedad para el cumplimiento de la meta propuesta en el 2005.¹⁶

Los datos de la notificación obligatoria enviadas al Ministerio de Salud, nos muestran que el 67% (45 de 67) de los casos no especifican el diagnóstico del tipo de lepra. Solo el 6 % de abandono de tratamiento ha sido informado al MS.

Motivados por lo anterior, se decidió revisar los expedientes de los casos atendidos en los hospitales Calderón Guardia y México, con el propósito de obtener una idea de los tipos de lepra, que tiene el país. Estos datos representan el 52% de los casos notificados en el periodo 2002 al 2008, aquí el abandono de tratamiento representó un 11%. De los casos 35 atendidos; 28 (80%) fueron multibacilares. En la cuadro 3, se presenta un resumen de la revisión de expedientes que se realizó en ambos hospitales.

Cuadro 3: Casos registrados de lepra según tipo. Hospital México y Calderón Guardia. Costa Rica, 2008

Hospital	Pauci-bacilar	Multibacilar		Datos Alta	AT*	Total
		Difusa	Nodular			
México	3	7	5	4		15
Calderon Guardia	4	7	9		2	20
Total	7	14	14	4	2	35

Fuente: Servicios Dermatología: Hospital México y Hospital Calderón Guardia.

AT*: Abandonaron el tratamiento.

Discusión

Se ha mantenido el indicador de eliminación, de menos de un caso por diez mil habitantes, desde 1995 a la fecha.

Los casos registrados en el Ministerio de Salud, actualmente son 67. El 41% les corresponde a las mujeres.

La curación es muy baja, en 5 años sólo se han dado de alta a 7 pacientes, menos de 2 casos por año.

Existe poca participación de la CCSS en las acciones de vigilancia epidemiológica, y en el manejo integral de los pacientes, a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud.

No se identificó en el último período de estudio (2002-2008), una política nacional con indicadores de monitoreo, evaluación y control de un programa que debe atenderse desde la seguridad social.

Los servicios de salud de la CCSS no se están detectando tempranamente la enfermedad, el 97% de casos notificados como casos nuevos son multibacilar y solamente el 3% es paucibacilar.

El Ministerio de Salud garantiza el acceso de los medicamentos a los pacientes, ya que hasta la fecha, se ha encargado de proveer a la CCSS, con la terapia multidrogas, que se usa para el tratamiento de esta enfermedad.

Es urgente que la CCSS implemente un programa de detección temprana de los casos y de rehabilitación integral de los pacientes. Además, se debe brindar cursos de actualización a los especialistas en dermatología en relación al manejo clínico, terapéutico y epidemiológico de la enfermedad, integrando en esta capacitación al personal de salud no especializado como enfermería, trabajo social, psicología, técnicos de rehabilitación y asistentes de salud rural.

La educación sanitaria al paciente es esencial, insistiendo en que la enfermedad es curable, siempre que se tome regularmente el tratamiento y que el mismo, evitará contagiar a sus contactos. Los pocos casos existentes y el excelente servicio de salud de que disponemos, la accesibilidad a la atención médica en todo el territorio nacional y los nuevos tratamientos de poliquimioterapia, permiten la curación de los pacientes. El tratamiento integral de un paciente con enfermedad de Hansen, debe realizarse como se recomienda en las normas de atención.¹⁸

El área de salud colectiva a través de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la CCSS, debe desarrollar una acción activa y ejercer el control epidemiológico de los pacientes, a la vez que coordine con los jefes de los servicios de Dermatología y el Departamento de Normas Terapéuticas formando parte de la Comisión de Vigilancia para el Control del Hansen que originalmente integró el Ministerio de Salud. Esto permitiría un control adecuado de los enfermos de Hansen y de los contactos. Controlar los contactos de los pacientes multibacilares. Este control debe realizarse al menos una vez al año. El examen de contactos es la forma más segura de detectar los casos en etapas tempranas de la enfermedad y evitaríamos en gran parte las discapacidades y deformidades. Es necesario que los servicios de dermatología, dispongan de la lepromina, para el estudio de estos contactos y clasificación de los casos.

Se debe coordinar con el Centro Nacional de Rehabilitación para determinar el grado de discapacidad que sufren los pacientes por esta enfermedad y el desarrollo de un programa de prevención de discapacidades, a la vez que rehabilitar, las discapacidades susceptibles de corregirse por métodos fisioterapéuticos o quirúrgicos.

Implementar la descentralización de la atención de los pacientes en los hospitales nacionales, integrando a los médicos de sus Ebais, (equipos básicos de atención integral) en la administración del tratamiento mensual supervisado con la poliquimioterapia, lo que le facilitaría al paciente su control y evitaría la deserción terapéutica existente y alta, como ocurre actualmente. Esto se puede realizar una vez que los pacientes estén controlados y a juicio del especialista en dermatología pueda referirse al Ebais, con una valoración por dicho especialista, cada seis meses, a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

Agradecimientos:

Al Dr. Víctor Fallas Granados, jefe del Servicio de Dermatología y Alergología del Hospital México y a la Dra. Floribeth Madrigal Méndez, jefa del Servicio de Dermatología y Alergología del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, por habernos permitido la revisión de los expedientes, de los pacientes, en ambos servicios.

Referencias

1. Gilabert M. La Lepra, segunda enfermedad causante del mayor número de discapacidades en el mundo. En: http://www.canalsolidari.org/web/noticias/noticia/?id_noticia=2983
2. Marichalar I. La lepra sigue ahí, no te olvides de ella. Cooperación y Desarrollo Salud. En: <http://www.sosemergencias.com/cooperacion-y-desarrollo/la-lepra-sigue-ahi-no-te-olvides-de-ella/#more-2061>
3. Chinchilla S. La Lepra en Costa Rica. Contribución a la historia de la medicina nacional. Tesis profesional. Facultad de Ciencias y Letras. Universidad de Costa Rica, 1972.
4. Jaramillo O, De La Cruz M R. Nuevo programa para el control de la lepra en Costa Rica. Hospitales de Costa Rica 1975; 5-8.
5. Delgado García Gregorio, Estrella Eduardo, Navarro Judith. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Rev Panam Salud Publica. 1999; 6: 350-361.
6. Elizondo D. Campaña contra la lepra en Costa Rica. La Nación, 22 de marzo de 1956:18.
7. Jaramillo O, Hidalgo H. Programa coordinado para el control de la lepra en Costa Rica. Dermatología Revista Mexicana 1976; 20: 34-41.
8. Jaramillo O, De la Cruz R. La lepra en Costa Rica. Acta Méd Costarric. 1975; 151-207.
9. Hidalgo H, Castro A, Rivera R. Hogares sustitutos en Costa Rica. Una Alternativa en el cierre de las leproserías. Med Cut. 1982; 10: 385-390.
10. Latapí F. Lepra, breve información para el médico general. Dermatología Clínica. Ed. J. L. Cortés, 1972.
11. Enfermedades de Denuncia Obligatoria. La Gaceta Decreto Ejecutivo No. 14496-SPPS. 16 Mayo de 1983, 1983.
12. Lombardi C, Martolli C T., Silva A, Suárez E. Gil. La eliminación de la lepra de las Américas: situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica 1998; 4:3.
13. Ministerio de Salud. Boletines epidemiológicos. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica; 1983-1995.
14. Ministerio de Salud. Proceso de Reestructuración del Sector Salud. 1998, San José: Ministerio de Salud de Costa Rica; 1998.
15. Espinoza A, Jaramillo O, Maroto S, Chávez A, Gamboa A. Protocolo de vigilancia epidemiológica para el manejo de la enfermedad de Hansen. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica; abril 2004. Serie de documentos Técnicos No.6. Patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud.
16. Jaramillo O, Elizondo J, Espinoza A, Viquez A. Manual de Normas para el control de la enfermedad de Hansen. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica; abril 2005. Serie de documentos Técnicos No.7. Patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud.