

El “Pura Vida” contra el SARS-CoV-2 y la COVID-19

Marcel Marcano-Lozada*

Programa Internacional de Medical Scientific Liaison y Medical Manager, Universidad Juan Pablo II, Costa Rica. Educación Continua y Carrera de Microbiología, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), Costa Rica.

Recibido 10 de noviembre de 2020

Resumen: En Costa Rica, “Pura Vida” es una frase emblemática que posee multitud de significados, que integra una propuesta filosófica de paz y bondad implícita. El 6 de marzo de 2020, Costa Rica comienza a enfrentar la pandemia de la COVID-19, preparándose ya desde enero, logrando mantener un control bastante efectivo de la morbilidad de la infección por el SARS-CoV-2 hasta junio, cuando supera el umbral de 1.000 casos acumulados y comienzan a registrarse 10 fallecimientos diarios, debiendo cambiar sus estrategias iniciales de confinamiento y optar por medidas más restrictivas y estrictas. El control y manejo de la pandemia son responsabilidades del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, rectores y ejecutores de las políticas de salud, logrando ampliar casi al triple la capacidad hospitalaria con respecto a enero, permitiendo que no se sobrepase el aforo instalado (llegando hasta 80-85% ocupación), incrementando el volumen de pruebas diagnósticas (molecular, serológica y antigénica), produciendo sus propios recursos terapéuticos (plasma de convaleciente y plasma hiperinmune equino), e implementando medidas para mitigar la debacle económica, en una nación donde el turismo -principal fuente de ingreso- está paralizado. El reto actual es contener y reducir la transmisión viral en un modelo de corresponsabilidad Estado-Individuo, con reapertura de múltiples actividades, esperando contar para 2021 con vacunas efectivas, para lo cual se trabaja en múltiples mecanismos para asegurarlas a toda la población.

Palabras clave: Costa Rica; COVID-19; SARS-CoV-2; pandemia; pura vida; control.

The “Pura Vida” against SARS-CoV-2 and COVID-19

Abstract: In Costa Rica, “Pura Vida” is an emblematic phrase that has a multitude of meanings, that integrates a philosophical proposal of peace and implicit goodness. On March 6, 2020, Costa Rica began to face the COVID-19 pandemic, for which it had been preparing since January, managing to maintain a fairly effective control of the morbidity and mortality of the SARS-CoV-2 infection until June, when it exceeded the threshold of 1,000 accumulated cases and 10 fatalities per day. These facts enforced changes to the initial confinement strategies to more restrictive and strict measures. The control and management of the pandemic are the responsibilities of the Ministry of Health and the Costa Rican Social Security (Caja Costarricense de Seguro Social) rectors and executors of health policies, which have managed to almost triplicate the hospital capacity when compared to that available in January, in order to avoid exceeding the installed capacity (reaching 80-85% occupancy), increasing the volume of diagnostic tests (molecular, serological and antigenic), producing its own therapeutic resources (convalescent plasma and equine hyper immune plasma), and implementing measures to mitigate the economic debacle in a nation where tourism -the main source of income- is paralyzed. The current challenge is to contain and reduce viral transmission with a model of State-Individual co-responsibility, with the reopening of multiple activities, hoping to have effective vaccines by 2021, and working in many ways to ensure them for the entire population.

Keywords: Costa Rica; COVID-19; SARS-CoV-2; pandemic; “pura vida”; control.

* Correspondencia:

E-mail: marcelmarcano@gmail.com

En mayo de este año 2020, cuando recibí la gentil invitación de la Comisión Editorial de nuestra Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología para participar en el número 2 del Volumen 40 con un artículo sobre “El abordaje de la pandemia de la COVID-19: la experiencia de Costa Rica contada por un médico venezolano” me sentí sumamente honrado, pero a la vez muy comprometido

por intentar transmitir de manera fidedigna y clara como ha sido el manejo de la pandemia en este pequeño país centroamericano que es mi hogar desde hace más de 3 años. Comencé a ubicar cada boletín epidemiológico, cada resolución gubernamental, cada actuación del Ministerio de Salud (MS), de la Comisión Nacional de Emergencias, y por supuesto del mayor prestador de servicios de salud del país,

la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), pero luego entendí que para leer la cronología de los hechos y acciones bastaría con que el interesado visitará los sitios web de estos organismos, así que les voy a narrar (sin pretensiones de hacer un análisis multivariado, ni mucho menos una revisión hemerográfica), como he visto el desarrollo de la lucha contra el virus desde que se reportó en diciembre de 2019 hasta hoy domingo 8 de noviembre, fecha en la cual cierro la escritura del artículo.

Para entender mejor el relato, primero permítanme situarles desde donde les escribo, Centroamérica, específicamente desde la República de Costa Rica, un país que, como ya comenté, es mi residencia desde hace ya 3 años, y que más allá de lo que había encontrado en Wikipedia, de sus volcanes, sismos, paz y su frase emblemática “pura vida” (con multitud de significados como hola, adiós, gracias, bien, entendido, calma, no se preocupe, así es la vida, etc., y una propuesta filosófica de paz y bondad implícita), poco sabía hasta marzo 2017, cuando vine por primera vez en búsqueda de un hogar para la familia. Un país pequeño para uno que nació en Venezuela, pues su territorio es de 51.100 km²; se encuentra flanqueada por el Mar Caribe y el Océano Pacífico, y limitada al norte por Nicaragua y al sur por Panamá. Un país con un clima tropical, con 2 marcados periodos estacionales, uno cálido (verano) entre diciembre y abril y uno lluvioso (invierno) entre mayo y noviembre, aunque los “ticos” (gentilicio coloquial sinónimo de costarricense), jocosamente dicen que hay una estación de lluvia y otra de más lluvia, lo cual se refleja en el verde que impera en todo el paisaje del país, en sus grandes reservas hídricas y en su biodiversidad.

Este país conocido por no tener ejército, habiendo volcado la inversión bélica en recursos para la educación, tiene un alto índice de alfabetización y acceso a la educación, siendo la alta calidad de esta una de las características por la que es reconocido internacionalmente, junto a su sólida democracia y calidad de vida. Con poco más de 5 millones de habitantes (recientemente se alcanzó esa cifra), su población se reparte en 7 provincias, siendo San José con su Gran Área Metropolitana la más poblada. Y aunque ha sido clasificada como “la Suiza centroamericana”, el alto costo de la vida, la falta de recursos naturales (y la conservación de otros), y temas relativos al manejo del Gobierno y las instituciones han cambiado esa percepción para muchos.

Ahora que ya les he dado una pincelada sobre el país, debo contarles sobre datos importantes para entender la historia contemporánea de la pandemia y cómo un país pequeño y sin grandes recursos ha logrado hasta ahora sortear con relativo éxito esta crisis infecciosa sanitaria mundial.

En primer lugar, la salud y seguridad social son de acceso universales, y están a cargo de diversas instituciones del Estado, siendo las principales en materia de prevención y atención, el MS y la CCSS, quienes se llevan un alto porcentaje del Producto Interno Bruto (ubicando al país como el de mayor inversión en Latinoamérica y el décimo segundo en el mundo). La red hospitalaria y de prevención es gerenciada por la CCSS, y cuenta con numerosos

establecimientos de nivel primario de atención para atender a la población (EBAIS, Equipos Básicos de Atención Integral en Salud). Por ello ha sido calificado repetidamente como uno de los mejores a nivel continental y mundial.

En segundo término, Costa Rica tiene la mayor esperanza de vida de América Latina (80 años) y tiene una de las cinco zonas azules de longevidad del planeta (península de Nicoya); adicionalmente, posee el porcentaje de desnutrición más bajo de Centroamérica (por debajo del promedio para Latinoamérica), lo cual contrasta con un incremento en los reportes de sobrepeso y obesidad, a pesar de la gran cantidad de incentivos y facilidades para la actividad física que existen.

En tercer lugar, existen múltiples instituciones encargadas de formar personal de salud, con una importante cuota asignada a las universidades privadas, especialmente en la formación médica, sin embargo, la oferta para la formación de especialistas es mucho más reducida, y por ello su número más limitado, predominando la presencia de médicos generales en las diferentes instituciones. Esto lo he comprobado de primera mano durante la pandemia, no solamente en Costa Rica, sino en general en Centroamérica, donde he tenido la fortuna de haber podido colaborar en múltiples iniciativas de formación y orientación para los médicos generales de diversos países (y también para gremios de especialistas), así como prestar apoyo a través de soporte virtual para aquellos colegas que tienen algún tipo de duda o requieren mayor información en algún tópico específico del área de influencia de mi especialidad.

En cuarto lugar, el turismo es la principal área productiva del país, siendo reconocido internacionalmente por el ecoturismo y la belleza prístina de sus playas, montañas y volcanes. Pero el tercer lugar en productividad es ocupado por la industria biomédica, contándose en el país con zonas francas (exentas de impuestos) que han favorecido la instalación de múltiples empresas de manufactura de dispositivos biomédicos, y numerosas empresas farmacéuticas transnacionales tienen sus casas matrices para Centroamérica y el Caribe ubicadas en el país.

Ahora bien, conociendo estas consideraciones, paso a comentarles detalles importantes sobre el sector salud para entender mejor porque el manejo inicial de la pandemia fue tan exitoso, y también las razones por las que parece haber comenzado a mermar la buena gestión sanitaria de la pandemia en los últimos meses.

La capacidad hospitalaria del país es limitada, la asignación de plazas para el manejo de los pacientes con la COVID-19 positivos es aún más limitada, y ha logrado triplicarse desde el inicio de la pandemia, donde el número de camas hospitalarias de cuidados intensivos (aquellas con todo el equipamiento -incluyendo equipo de ventilación mecánica- y personal especializado entrenado disponible) en los centros de salud de la CCSS, llegó en septiembre de 2020 a 359 camas de cuidados intensivos y 986 camas de salón de hospitalización general, habiendo llegado en el pico de casos de ese mismo mes a tener una ocupación del 80% de la capacidad instalada.

El diagnóstico microbiológico se ha realizado siguiendo las definiciones internacionales de casos sospechosos y de contactos cercanos, utilizando la técnica estándar de oro, Reacción en Cadena de la Polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), inicialmente centralizada en los laboratorios del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), para luego comenzar paulatinamente, durante el devenir de la pandemia, a descentralizarse a hospitales nacionales y permitirse el diagnóstico en Centros Hospitalarios y Laboratorios Privados autorizados por el MS. Han existido múltiples esfuerzos por desarrollar y adaptar técnicas diagnósticas, inicialmente RT-PCR, por parte de distintos entes gubernamentales y de la Universidad de Costa Rica (UCR), habiendo sido presentados en el reporte diario a la nación en varias oportunidades. Sin embargo, hasta hoy no se ha logrado ese cometido, ya que la escasa disposición de reactivos a través de suplidores internacionales es uno de los factores limitantes para ello; además, la CCSS anunció en alianza con el Centro Nacional de Alta Tecnología (CeNAT), por medio del Laboratorio CENIBiot (Centro Nacional De Innovaciones Biotecnológicas), comenzar próximamente con la producción de kits de diagnósticos locales, pero hasta hoy esa propuesta tampoco ha cristalizado.

Es necesario destacar que el MS incluyó de manera temprana los síntomas de disgeusia y anosmia entre los criterios diagnósticos, y su valor prodrómico ha permitido identificar y aislar rápidamente numerosos casos. Adicionalmente, la CCSS a través del uso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), permite realizar de forma rápida y personalizada una valoración y seguimiento de síntomas y factores de riesgo, e indica las conductas a seguir, a través de una sencilla herramienta electrónica en los teléfonos inteligentes.

Se han hecho incontables esfuerzos para prepararse para el aumento de casos, donde las estrategias han sido variadas, incluyendo desde la reconversión de centros de salud, como el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) a Centro de Atención de pacientes de la COVID-19 (CEACO), lo cual ha permitido contar desde finales de marzo, con un centro exclusivo para la atención simultánea de 88 pacientes infectados por el SARS-CoV-2, con un nivel de complejidad intermedia, el cual tenía asociado en sus inicios al Equipo de Primera Intervención Médica Especializada (PRIME), que traslada a los afectados desde todas las zonas del país hasta el centro, utilizando distintos medios de transporte y contando con cámaras de aislamiento especiales para ello. La reconversión física se logró en tiempo record con la participación de múltiples actores de las instituciones del Estado, considerando la necesidad de realizar instalaciones de gases medicinales, tendidos de fibra óptica, y dotar a este centro de todos los equipos y medidas de protección personal y bioseguridad necesarias para el correcto manejo de estos pacientes.

La estrategia inicial de las autoridades de Gobierno, Salud y Seguridad Social se basó en el confinamiento, suspensión de actividades escolares y laborales no indispensables con

migración al teletrabajo en todas las áreas donde fuese posible, acompañado por una severa restricción al tránsito vehicular. Las campañas educativas e informativas sobre el correcto lavado de manos, la adopción de los protocolos de etiqueta respiratoria y el distanciamiento físico mayor a 1,80 metros se implementaron desde estos momentos iniciales. Más tarde, se recomendó el uso de medidas de protección personal como las mascarillas (24 de abril de 2020), además de haberse recomendado el uso de las caretas faciales (face shield), siendo desaconsejado este último como medida única y solo permitido en combinación con las mascarillas, ya que al demostrarse que el riesgo de transmisión del virus es más elevado solo con la protección facial, fue necesario restringir su uso, ya que se había masificado, superando al uso de los cubrebocas.

La prohibición de reuniones ha sido una medida útil, y su antípoda han sido las fiestas familiares tipo baby shower o “té canastas”, realizadas en contra versión a las disposiciones del MS y de donde han surgido innumerables contagios (hasta 75% de los asistentes). La consecuente prohibición de eventos masivos ha sido un duro golpe al sector dedicado a la promoción deportiva y de espectáculos, habiéndose suspendido durante un período importante de tiempo la temporada de fútbol profesional (deporte con más seguidores en el país), y luego permitiéndose su reactivación con juegos a puerta cerrada (sin público). Además se suspendió una innumerable cantidad de carreras de fines de semana (normalmente se realizan entre 3-4 de ellas cada fin de semana, aglutinando a gran cantidad de fanáticos del running –donde me incluyo–, y ni que comentar sobre las presentaciones teatrales, conciertos de artistas internacionales (Guns n’ Roses, Kiss, Alejandro Fernández y muchos otros suspendieron sus visitas en 2020 debido a la mencionada prohibición), además de encontrarse cerrados desde el inicio de la pandemia el acceso a museos, centros culturales, restaurantes, bares, casinos y playas.

Todo lo anterior, más el establecimiento de horarios diferenciados de atención en instituciones bancarias y de abastecimiento para personas de la tercera edad, han permitido que parte de la economía se mantenga activa, más, sin embargo, es notable el artero embate a la actividad económica, ya que el turismo ha sido duramente afectado y es la principal actividad económica en el país (un concepto interesante de ecoturismo, que aunque costoso para algunos, según las autoridades es una de las razones por las que el modelo funciona en el país).

Pues ahora les comentaré desde el punto de vista médico los hitos más importantes observados en la pandemia y comentaré algunas de las acciones que se han dado por parte de las autoridades. Ya desde enero y hasta la aparición del primer caso en marzo de 2020, se habían realizado numerosas actividades educativas y se habían tomado las medidas iniciales para intentar mitigar los efectos de la emergencia internacional que se tornaría en pandemia, incluyendo la compra de equipos de ventilación mecánica, así como equipos de protección personal y todo lo referente a insumos diagnósticos y para la atención de pacientes

hospitalarios complicados con esta nueva enfermedad.

El primer caso reportado en el país ocurrió el 6 de marzo de 2020, con la llegada de una turista desde Estados Unidos (New York), la cual visitó las zonas de Puntarenas, Alajuela y San José, siendo puesta en cuarentena en un centro hotelero. Al siguiente día se confirmó oficialmente el segundo caso, cuyo trazo epidemiológico indicó que había retornado al país el 22 de febrero desde Panamá, y aunque comenzó a mostrar síntomas el 28 de febrero, fue diagnosticado posteriormente; al ser personal médico del Hospital San Rafael de Alajuela, se creó un clúster de casos muy importante en los inicios de la pandemia (súper diseminación, donde de los 23 casos notificados al 12 de marzo, 16 habían estado en contacto con este médico, quien falleció posteriormente). Ya para el día 8 de marzo, se totalizaban 9 casos. El MS y la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), elevaron el nivel de alerta sanitaria a amarillo, conduciendo a la hospitalización de algunos pacientes (hospitales públicos), y manteniendo a los turistas extranjeros en aislamiento en sus hoteles.

El 13 de marzo, el Ministerio de Educación Pública (MEP) suspende temporalmente las lecciones en 317 centros educativos (7% del total del país). La CNE inauguró la línea de ayuda 1322 para consultas sobre el virus. El 15 de marzo, un acuerdo ejecutivo entre el Presidente de la República Carlos Alvarado Quesada, y el Ministro de Salud Daniel Salas, otorga autoridad sanitaria a los miembros de la Fuerza Pública de Costa Rica para la vigilancia y el control del virus (verificar el cierre de bares, clubes y casinos, asegurar el 50% de aforo en distintos locales).

El 18 de marzo se contabilizan 69 casos y se reporta el primer fallecimiento, un masculino de 87 años internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A partir de la medianoche de este día, solo podrán ingresar al país los costarricenses y las personas residentes en el país, y se limita la movilidad fuera de las fronteras (so sanción de pérdida del estatus migratorio). Para el 20 de marzo, se reporta la recuperación de los dos primeros pacientes. El día 23 se instalan nuevas medidas de prevención, como el cierre total de playas, templos y cultos religiosos, se instaura la restricción vehicular de 10 p.m. a 5 a.m., y se amplía desde las 8 p.m. cuatro días más tarde, al igual que la reducción de funcionamiento de diversos establecimientos hasta esa hora. El 26 de marzo se reporta el primer caso en el cantón de Belén de Heredia (lo recuerdo perfectamente pues este es el lugar donde vivo), y se emite un reporte preocupante: 22 trabajadores del sector salud se han infectado con el SARS-CoV-2.

Este mes cierra con muchos conflictos, propuestas de impuestos a salarios mayores a 500.000 colones (820 USD aproximadamente), luego otra propuesta de pechar a salarios mayores a 1.100.000 colones (1.800 USD aproximadamente), además de la imposición de multas por irrespeto a la restricción sanitaria o la cuarentena de entre 1 a 5 salarios base (salario base promedio 200.000 colones -320 USD-), y la propuesta del Gobierno de implementar un bono de ayuda a las familias afectadas (Bono Proteger) por

un período limitado de tiempo (3-6 meses). Las propuestas impositivas no prosperan, se definen las multas y se inicia el censo e inscripción para recibir el Bono Proteger (que se entregará a partir de abril de 2020).

Para el 8 de abril, se reportan 502 casos (455 adultos, 29 adultos mayores y 18 menores de edad), y la primera recuperación de una paciente en cuidados intensivos. Justamente en la mitad del mes, se identifica un conglomerado de 31 casos en un *call center* de la CCSS en San José. El 17 de abril se registran por primera vez, más casos recuperados que nuevos casos (reducción en la curva de casos activos). El 20 de abril, las autoridades de salud reportaron un aumento de 2 casos (662 en total acumulado), siendo el menor número confirmado en un mismo día (para este momento se han evaluado 10.879 muestras sospechosas). Desde el 19 de marzo hasta el 7 de abril se reportan 2 fallecimientos cada día, y del 8 al 14 de abril 3 fallecimientos nuevos cada día; ya desde el día 15 se comienzan a reportar 6 decesos diarios hasta el 9 de mayo.

El fervor religioso costarricense en el marco de la Semana Santa, obliga al Gobierno a tomar medidas severas para limitar el contagio: ampliación de la restricción vehicular nocturna durante la Semana Mayor, restricción al transporte público de larga distancia y cierre de establecimientos con permiso sanitario de funcionamiento y atención a público presencial. Se aprueba por parte de la Asamblea Legislativa aumentar las multas económicas por el incumplimiento de órdenes sanitarias y restricción vehicular.

La primera semana de abril, el Instituto Clodomiro Picado de la Universidad de Costa Rica, a iniciativa de la CCSS, anuncia que se encontraba valorando tres opciones de terapia para los pacientes con la COVID-19: la primera con el uso de plasma de convaleciente, la segunda purificando los anticuerpos producidos (estandarizar la potencia neutralizante del virus), y la tercera opción es la producción de anticuerpos en equinos, de manera similar a como se realiza rutinariamente para la obtención de los sueros antiofídicos. La primera propuesta fue puesta en práctica e implementada, y la última fue validada en los meses posteriores (agosto 2020) a nivel experimental por la Universidad George Mason en Virginia (USA), encontrándose disponible para los pacientes.

El mes de mayo inicia con 733 casos, y el día 5 el MS reportó un brote en 12 personas extranjeras en el Centro de Aprehensión Regional Central (CARC) y oficinas de la Dirección de la Policía Profesional de Migración (PPM), en Heredia. Desde el 10 de este mes se comienzan a reportar 10 fallecimientos diarios y la cifra no descenderá nuevamente de 2 dígitos hasta la actualidad, salvo muy contadas ocasiones; ese mismo día, el MS reporta un brote de coronavirus entre transportistas (todos extranjeros, que ingresaron al país desde las fronteras con Nicaragua y Panamá), además de 15 nacionales infectados diagnosticados en un vuelo procedente de Colombia.

Al inicio de este mes, el MS anuncia la reapertura de cines, teatros, gimnasios, alquileres de bicicletas y escuelas de natación (limitación de aforo, medidas sanitarias estrictas,

horario entre 5 a.m. y 7 p.m.). Se valora por parte del MEP el reinicio de clases en julio (luego de retornar del asueto vacacional de medio año), con protocolos validados por el MS, todo sujeto al desarrollo de la curva pandémica en el país. Además, se contempló la reapertura de 12 Parques Nacionales, con ingreso limitado de personas, así como también la reapertura de todas las playas del país (5 y 8 a.m. de lunes a viernes, solamente para fines deportivos). El MS permitió el retorno de las actividades físicas recreativas que no impliquen contacto físico directo entre personas, y el regreso de actividades como el campeonato de fútbol y de otras disciplinas de alto rendimiento (a puerta cerrada, sin público). El Instituto Costarricense de Turismo (ICT) anunció la reapertura de hoteles (50% de su capacidad total, máximo de 20 habitaciones reservadas).

Para el mes de junio (día 13), ya se han superado los 1.318 casos (7 de junio, 1.120 adultos, 64 adultos mayores y 134 menores de edad), y el MS indica que el repunte de casos estaría ligado a actividades agrícolas y empaque. Se tiene el primer reporte positivo de tratamiento utilizando la terapia de plasma de convaleciente.

Con la estrategia denominada “el martillo y la danza”, se ha intentado desde finales de junio imponer períodos de medidas más estrictas para limitar los casos (martillo), y luego pasar a medidas un poco más flexibles para permitir la reactivación productiva y económica (danza), con resultados no tan ideales como los esperados, ya que se continuó presentando incremento importante de casos y decesos, y se llegó a un porcentaje de ocupación de casi 80% a nivel hospitalario (incluyendo las UCI). Posteriormente, a finales de agosto, se informa sobre una nueva estrategia para favorecer la reapertura y reactivación económica, un modelo de gestión compartida denominado “Costa Rica se cuida y trabaja”, donde Gobierno y municipalidades complementan y fortalecen los esfuerzos entre la empresa privada, el comercio y la fuerte gestión comunitaria, para reactivar la economía aplicando innovadoras medidas para prevenir el contagio del SARS-CoV-2, en una serie de buenas prácticas impulsadas por algunas municipalidades del país, y con revisión quincenal.

Pues bien, microbiológicamente puedo resaltar varios puntos de interés: la aprobación del uso de las pruebas serológicas (para fines de estudios de seroprevalencia básicamente); luego también y más recientemente (octubre), la aprobación del uso de las pruebas de antígenos para diagnóstico en sintomáticos sospechosos con menos de 7 días de evolución; la secuenciación genética temprana del virus (abril), por parte del esfuerzo conjunto del Centro Nacional de Referencia de Inocuidad Microbiológica de Alimentos (CNRIMA) y del Centro Nacional de Referencia de Virología (CNRV) del INCIENSA, donde se identificaron 14 diferentes mutaciones, y se logró establecer la homología de estos virus con los identificados en Norteamérica y en Europa.

Datos importantes, poco conocidos: el uso de la hidroxiclороquina en el país durante los primeros meses de la pandemia fue importante (tratamiento y profilaxis),

y la incidencia de eventos adversos reportados baja, igualmente, el uso de la terapia de plasma de convaleciente fue importante, ambos hasta su recomendación de no uso por parte de la Organización Mundial de la Salud. Los antivirales como remdesivir no han llegado al país, y se ha estado trabajando para lograr la producción de un análogo del favipiravir, pero no se dispone de información adicional al respecto.

¿Y dónde quedamos con las vacunas? Costa Rica está inscrita en la Oficina COVAX para garantizar el acceso temprano a un porcentaje de las vacunas disponibles en el mercado cuando se presenten (20-40% de la población se puede cubrir con este mecanismo); adicionalmente, ya ha negociado con Biontech/Pfizer/Fosun la cantidad de 3 millones de dosis de su vacuna genética (1,5 millones de personas se podrán beneficiar de este mecanismo). La vacunación debe ser provista de manera gratuita a toda la población que cotiza a la CCSS, de acuerdo a la priorización que se realizará por riesgos presentes.

Y así cierro hoy, 8 de noviembre, cuando globalmente tenemos 50.739.516 casos con 1.262.147 fallecidos, y en el portal Worldometer.info, en su aparte para coronavirus, encontramos a Costa Rica con 116.363 casos (22.769 por millón de habitantes), 1.464 defunciones (286 por millón de habitantes), 326.539 pruebas realizadas (63.894 por millón de habitantes), 71.119 pacientes recuperados, 43.780 casos activos y 464 hospitalizados (179 en UCI), ocupando la nada envidiable posición 47 en el ranking global, superando a sus vecinos centroamericanos (Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua), y acercándose lentamente a Panamá.

Pues me queda despedirme con una reflexión que puede ser común a varios países, donde el optimismo y el “pura vida” predominaron inicialmente, donde el confinamiento temprano por temor (más que por real aval científico), llevó a un quiebre económico que hizo que la gente saliera a las calles; es por ello que ese modelo exitoso de los primeros 3 meses de pandemia, se rompe a partir de junio-julio y comienza a verse un incremento sostenido de casos, hospitalizaciones y defunciones. Ahora que a finales de noviembre 2020 se dejará de exigir la prueba negativa para la COVID-19 (no se exigirá ninguna prueba para entrar al territorio nacional) y se incrementarán los vuelos internacionales, es necesario ampliar la capacidad de detección, extremar las medidas de prevención y prepararnos para una posible nueva ola de casos (no quise hablar de olas pandémicas, ya que han habido muchas contradicciones en su definición en el país), que puede cambiar mucho el panorama actual donde se está dando esa reapertura con cuidado. Pero luego de ver con asombro (y temor) las reuniones, fiestas y desfiles de Halloween acá y en otras latitudes, entiendo que al ser humano aún le falta aprender que la “nueva normalidad” no es volver a lo que hacíamos antes de la pandemia, y que las vacunas serán una ayuda, pero no el fin de este episodio.

Algunos de los sitios de interés que se pueden consultar para detalles específicos sobre casuística, estadísticas,

políticas, y otros temas son:

- Estadísticas en tiempo real: <https://worldometers.info/coronavirus>
- Sitio web del Ministerio de Salud: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>
- Sitio web de la Caja Costarricense de Seguro Social: <https://www.ccss.sa.cr/>
- Sitio Web de la Presidencia de la República de

Costa Rica, alertas: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/tag/alertas/>

- Sitio web de la Comisión Nacional de Emergencias: <https://www.cne.go.cr/>
- Sitio web del Instituto Costarricense de Turismo: <https://www.ict.go.cr/es/>
- Sitio web del Instituto Clodomiro Picado: <http://www.icp.ucr.ac.cr/>
- Sitio web del Ministerio de Educación Pública: <https://www.mep.go.cr/>

Marcel Jesús Marcano-Lozada: Médico Cirujano, Especialista en Microbiología Médica egresado de la Universidad Central de Venezuela, Fellow American Society for Microbiology (New York University & Veterans Affairs Medical Center). Veinticinco años de experiencia en docencia universitaria y 22 en el ejercicio médico en centros especializados. Editor de 15 revistas científicas, amplia experiencia como investigador y autor de más de 50 publicaciones. Ha laborado en la industria farmacéutica, reconocido como consultor y líder de opinión. En Costa Rica, ha sido docente invitado de la Universidad de Ciencias Médicas y es Director del Programa de Formación de MSL y Medical Manager de la Universidad Juan Pablo II.
Instagram/Facebook/Twitter/Gmail: @MicrobiologoMD
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0156-3580>
LinkedIn: <https://www.linkedin.com/in/marcel-marcano-lozada-md-fasm/>

