

El zika en Costa Rica: a propósito del primer caso autóctono

By [Prof Nicolas Boeglin](#)

Global Research, March 07, 2016

Costa Rica confirmó recientemente el primer caso de zika autóctono. De esta manera, se convirtió en el último Estado de la región en proceder a este reconocimiento oficial, el cual fue seguido por una declaratoria de emergencia sanitaria en Guanacaste y posteriormente en 31 cantones. Un breve recuento se impone a la luz de las medidas tomadas en otros países, que permita apreciar mejor la extraña solicitud hecha por Costa Rica a la OMS de ser retirada de la "lista zika" el pasado 9 de febrero, así como algunos vacíos en las medidas anunciadas si las comparamos con las de otros Estados de la región.

El pasado 22 de febrero del 2016, las autoridades del Ministerio de Salud de Costa Rica confirmaron el primer caso de zika autóctono (ver [nota](#) de La Nación), convirtiéndose en el último Estado de la región en proceder a este reconocimiento oficial. Esta confirmación fue seguida por una declaratoria de emergencia sanitaria en el cantón de Nicoya en Guanacaste (ver [nota](#) de La Nación), así como por el anuncio de un recrudecimiento de acciones preventivas en casas y propiedades privadas en todo el país. Menos de 24 horas después, las autoridades valoraban extender la emergencia sanitaria a todo el territorio costarricense (ver [nota](#) de ElPais.cr). Finalmente, el 25 de febrero, se declaró emergencia en únicamente 31 de los 81 cantones de Costa Rica (ver [nota](#) de La Nación). El pasado 2 de marzo, se confirmaron 8 casos autóctonos en Costa Rica (ver [nota](#) del mismo medio de prensa costarricense).

Cabe señalar que la mujer embarazada de 24 años, habitante de la localidad de Samara y objeto de la primera confirmación, adujo haber sido informada mediante la prensa de su condición de primer caso en Costa Rica, y no mediante una comunicación de las autoridades de salud (ver [nota](#) de La Nación titulada: "Embarazada con zika: 'Nadie me ha confirmado los resultados de mis exámenes'").



Foto de mujer con niño afectado por microcefalia extraída de [artículo](#) de prensa titulado: *“Alarma en Brasil por el crecimiento de los abortos clandestinos a causa del zika”*

Breves consideraciones previas sobre el zika

Como bien se sabe, el zika es vehiculado por mosquitos en algunas zonas tropicales, cuya capacidad de propagación varía en función de distintas variables, incluyendo parámetros climatológicos, así como de otra índole. Si bien las autoridades proceden a lo que denominan “eliminación de criaderos” mediante fumigaciones en casas y en depósitos de agua estancada en aras de erradicar estos mosquitos, existen otros espacios que deberían llamarles la atención. Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió, con relación a la construcción de represas, embalses, canales de riego y otro tipo de obras en zonas tropicales y subtropicales, que *“Los cambios hidrológicos producidos por las obras de irrigación o la construcción de represas pueden llevar a aumentar sustancialmente la extensión de los criaderos de mosquito y su duración estacional”* (Nota 1).

Uno de los mosquitos transmisores del zika es el *Aedes Aegypti*, que también transmite el dengue y el chikungunya (remitimos al lector poco familiarizado con estas denominaciones a las fichas técnicas sobre el [dengue](#) y el [chikungunya](#) elaboradas por la misma OMS). La picadura causa dolores, fiebres leves, náuseas, vómitos y diarreas. A diferencia del dengue y del chikungunya, el zika es asociado a problemas neurológicos a mediano plazo en las personas infectadas, y a algunas malformaciones producidas en los cerebros de los fetos de mujeres embarazadas.

En el primer caso, los trastornos del sistema nervioso pueden llevar a lo que se denomina el *“Síndrome de Guillain-Barré”* que afecta los nervios periféricos del ser humano (ver [ficha](#) elaborada por la OMS). Precisamente durante esta semana, investigadores del Institut Pasteur en Francia confirmaron la estrecha relación existente entre el zika y este tipo de padecimiento, afirmando que: *“Los vínculos son tan fuertes como los que existen entre el tabaco y el cáncer”* (ver [nota](#) de prensa). Uno de los científicos a cargo de una investigación sobre lo que está ocurriendo en Colombia resaltó en estos días que: *“Una de las observaciones es que los problemas asociados o que presumimos sean por infección del Zika pueden producir más problemas neurológicos que el dengue. En otras palabras, que la agresividad del virus de Zika es mucho mayor que la ocasionada por el dengue –si lo logramos probar– e incluso puede ser mucho mayor que la producida por el chikungunya”* (ver [nota](#) de El País, Colombia).

En cuanto a las malformaciones causadas por el virus del zika, se trata, según diversos centros de investigación, de anomalías graves en el desarrollo del cerebro del niño. Una de ellas, pero no la única (Nota 2) es la microcefalia: *“un trastorno neurológico poco frecuente en la que la cabeza del bebé es mucho más pequeña que las cabezas de los otros niños de la misma edad y sexo. A veces se detecta al nacer, y es generalmente es el resultado de un desarrollo cerebral anormal en el útero o que no está creciendo como debería después de nacer”* (ver [sitio](#) con definición de esta anomalía e información variada sobre la misma). El pasado viernes 4 de marzo, se dio a conocer un estudio que confirma la estrecha relación entre el zika y malformaciones cerebrales del feto (ver [nota](#) de La Nación): se lee en esta nota que: *“Ahora que sabemos que las células progenitoras neuronales corticales son las células vulnerables, también pueden ser utilizadas para probar nuevas terapias”*.

La relación entre graves malformaciones cerebrales en el feto y zika no es nueva. Se puede leer en este enlace del mismo Institut Pasteur en Francia (ver [ficha técnica](#) sobre el zika elaborada hace un tiempo) que: *“Complications. Les femmes enceintes risquent de transmettre le virus au fœtus, ce qui peut engendrer de graves anomalies du développement cérébral chez l’enfant”*.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el hecho que el semen de un hombre infectado puede también transmitir el zika a una mujer. En una investigación del 2013 del Dr. Musso (ver [artículo](#)), se concluye que además del semen como tal, las vías urinarias podrían de igual manera vehicular el zika. Se lee que: *“Our findings support the hypothesis that ZIKV can be transmitted by sexual intercourse. Furthermore, the observation that ZIKV RNA was detectable in urine after viremia clearance in blood suggests that, as found for DENV and WNV infections, urine samples can yield evidence of ZIKV for late diagnosis, but more investigation is needed”* (Nota 3).

El pasado 3 de febrero del 2016, Estados Unidos detectó un caso de zika transmitido por vía sexual (ver [artículo](#) de El País titulado: *“Estados Unidos se prepara ante la transmisión sexual del zika. Texas confirma que una persona se infectó tras mantener relaciones sexuales con un individuo contagiado en Venezuela”*. Las autoridades sanitarias en Francia confirmaron el primer caso de zika debido a este mismo tipo de transmisión hace pocos días, el pasado 27 de febrero del 2016 (ver [nota](#)).

Algunas investigaciones apuntan al recelo extremo a la hora de proceder a recibir sangre por parte de un donador, ya que se sospecha que el virus pueda transmitirse de esta forma: sobre esta particular forma de transmisión del zika, remitimos al [estudio](#) del Dr Musso y de su equipo, publicado en el sitio *Eurosurveillance*, titulado. *“Potential for zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014”*. El 3 de febrero, Canadá anunció medidas de protección, imponiendo 21 días a una persona que haya viajado en países afectados por el zika para que done su sangre (ver [nota](#)). El 7 de febrero del 2016, la titular de la cartera de salud en Francia indicó que las personas que hayan permanecido en países afectados por el zika deberán esperar 28 días antes de donar su sangre (ver [nota](#) de prensa). Puerto Rico, cuyas reservas de sangre son escasas (como las de Costa Rica) inició este mes de marzo ordenando la suspensión de compra de sangre a la Cruz Roja por este motivo (ver [nota](#) de prensa): al 4 de marzo contabiliza más de 40 casos, de los cuales 9 son mujeres en gestación (ver [nota](#) de prensa). Por su parte, Panamá aseguró a su población que los bancos de sangre cuentan con las debida garantías del caso (ver [nota](#) de prensa).

Trastornos en el sistema neurológico del ser humano, efectos sobre el cerebro del feto,

transmisión mediante sangre o mediante relaciones sexuales, son, claramente, aspectos que no pueden pasar desapercibidos. Este inédito panorama interpela a toda la comunidad científica internacional: el zika constituye, sin lugar a dudas, una amenaza potencial para la población de cualquier Estado, en particular para las mujeres embarazadas y las que deseen procrear.

El zika en el hemisferio americano

Con relación a la emergencia suscitada en el hemisferio americano, cabe señalar que en mayo del 2015 se detectó el primer caso de zika en Brasil. En noviembre del 2015, el titular de la cartera de salud en Brasil indicó que: *"... hay una correlación positiva entre el virus zika y los casos de microcefalia. Es el primer caso en el mundo y, por lo inédito de la situación, no tenemos datos de otros países que puedan orientarnos"* (ver [nota](#) del 27/11/2015 de El País (España) titulada: *"Microcefalia: la enfermedad que asusta a las embarazadas en Brasil"*). Tratándose de un Estado cuyas autoridades, a diferencia de las de otros, cuentan con laboratorios epidemiológicos y con una capacidad técnica de investigación mucho más desarrollada que en otras latitudes, la aseveración hecha merecía ser tomada muy en cuenta por los demás Estados de la región.

Dos meses después de esta nota, se leyó en el mismo matutino madrileño con relación a la situación en Brasil ([nota](#) de su edición del 26/01/2016) que: *"La microcefalia, una grave enfermedad cerebral, afecta ya a 3.893 bebés"*. Para las futuras madres cuyos bebés han sido diagnosticados con microcefalia, se lee en esa misma nota: *"..., la mayor preocupación de esas mujeres no es científica. Lo que quieren saber es qué pasará con sus hijos después de que nazcan. Pero eso tampoco se sabe. Por eso ellas viven una especie de lotería siniestra. En función de la zona del cerebro atacada por el virus, sus hijos tendrán dificultades de visión o de habla, o retraso en el desarrollo de habilidades motoras o intelectuales. Tenemos un porcentaje significativo de casos de parálisis cerebral", explica Janeusa Primo, coordinadora del Ambulatorio de Neuropediatría de las Obras Sociales Hermana Dulce (OSID, por sus siglas en portugués), una de las principales instituciones filantrópicas de Salvador"*. En Colombia, los 7.653 casos de mujeres embarazadas afectadas por el zika (ver [nota](#) del 27/02/2016) son objeto de estudios. Este 4 de marzo se confirmaron los primeros casos de microcefalia y anomalías graves en cerebros de recién nacidos colombianos, asociados al zika (ver [nota](#)).

Desde finales del 2015, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advirtió de la rápida propagación de este virus, ello debido a varios factores propios de la región. Lo hizo en los siguientes términos que nos ha parecido oportuno señalar: *"El zika es un virus transmitido por mosquitos que es nuevo para las Américas. Desde que Brasil informó los primeros casos de transmisión local del virus en mayo de 2015, se ha extendido a 26 países y territorios de las Américas (hasta el 30 de enero de 2016). Hay dos razones principales para la rápida propagación del virus: (1) la población de las Américas no había estado expuesta anteriormente al zika y por lo tanto carece de inmunidad, y (2) el mosquito Aedes -principal vector para la transmisión del zika- está presente en todos los países de la región, con excepción de Canadá y Chile continental"*(ver [nota](#) de la OPS).

El pasado 26 de febrero, las autoridades sanitarias de Estados Unidos confirmaron que 9 mujeres embarazadas padecen del zika. Se lee en esta [nota](#) que: *"Entre estas nueve mujeres, dos sufrieron abortos involuntarios, dos abortaron y tres ya dieron a luz. De los niños nacidos, uno padece una microcefalia severa"*. La precisión merece mención, al

mantenerse la interrogante sobre la proporción existente entre recién nacidos de mujeres infectadas por el zika y malformación cerebral detectada en el feto. En un reciente [informe](#) publicado en Brasil sobre microcefalia, se lee que el proceso investigativo sólo ha concluido para el 25,5% de los casos registrados de microcefalia en Brasil: *“Até 13 de fevereiro de 2016 (SE 06), permanece em investigação 74,5% (3.935/5.280) dos casos notificados segundo definições (recém-nascido, natimorto, abortamento ou feto) (Tabela 1). Considerando o ano de notificação, 60,1% (3.174/5.280) foram registrados em 2015 e 39,9% (2.106/5.280) no ano de 2016. Segundo a classificação final, já foram investigados e classificados 25,5% (1.345/5.280) do total de casos. Destes, 15,8% (837/5.280) foram descartados para microcefalia e/ou alteração do SNC sugestiva de infecção congênita. Os demais 9,6% (508/5.280) foram confirmados segundo definições do protocolo. (Tabela 2)”*.

En España, el tercer caso de mujer en gestación infectada debido a un viaje en el exterior se confirmó el pasado lunes 29 de febrero (ver [nota](#) de El Mundo). Se puede leer en este mismo artículo una recomendación hecha que no se ha leído en otras latitudes: *“Entre otras cuestiones, se recomienda a cualquier persona que haya estado en alguna zona en la que exista el virus posponer 28 días desde su regreso las relaciones sexuales sin protección con mujeres que estén embarazadas o tengan intención de serlo, para evitar un posible contagio a través del semen y dado el posible riesgo de microcefalia fetal”*.

Una inusual solicitud de Costa Rica

La alerta en Brasil con relación a los riesgos que el zika pueda significar para mujeres embarazadas no parece haber tenido mayor eco en Costa Rica, al menos hasta la fecha en que se redactan estas modestas líneas. El 20 de enero del 2016 (ver [nota](#) de prensa), las autoridades de salud recomendaron únicamente a mujeres costarricenses embarazadas evitar viajar a países afectados por el zika.

Cabe recordar que el viernes 5 de febrero, la OMS incluyó a Costa Rica en la lista de 33 Estados afectados (ver [nota](#) de La Nación). El lunes 8 de febrero, en esta [nota](#) de un medio de prensa, se leyó que, para el actual Ministro de Salud de Costa Rica, *“aún no existe una evidencia contundente de que el zika esté produciendo la microcefalia”*. *“Yo tengo que construir las recomendaciones en función de la evidencia. En Costa Rica jamás podría recomendar a las parejas que se abstengan de embarazarse”*. Este mismo día un comunicado de prensa del Ministerio de Salud de Costa Rica titulado *“Turistas pueden visitar Costa Rica sin temor al virus del Zika”* indicaba (ver [texto](#) completo) que las preocupaciones del sector turístico encuentran fácilmente eco en las autoridades sanitarias costarricenses, al señalar que : *“El virus del Zika no debe ser un impedimento para que los turistas nacionales y extranjeros visiten los diferentes atractivos turísticos de Costa Rica”*.

El martes 9 de febrero del 2016, las autoridades de salud de Costa Rica formalmente solicitaron a la OMS retirar a Costa Rica de los Estados afectados por el virus del zika (ver [nota](#) de La Nación). Según se leyó, el titular de la cartera de Salud en Costa Rica señaló las razones dadas a la OMS para solicitar dicho retiro: *“A nuestro criterio, no hay evidencia que el virus esté circulando en el vector (el zancudo Aedes aegypti, transmisor también de los virus del dengue y chikunguña). Pedimos, respetuosamente, que se considere salir de esa lista. Nos metieron en un registro con otros países donde hay decenas y hasta centenares de casos confirmados, como Nicaragua, México o naciones de Sudamérica”*.

Salvo error de nuestra parte, Costa Rica es el único Estado miembro de la OMS ubicado en el hemisferio americano en haber solicitado su retiro de esta lista, y no se tiene claridad

sobre las motivaciones reales para haberlo hecho. El 1ero de febrero se reportó en Estados Unidos un caso de un turista proveniente de Costa Rica contagiado con zika (ver [nota](#) de prensa).

Una rápida revisión de la práctica indica que resulta bastante inusual que un Estado cuestione la capacidad técnica de una organización internacional como la OMS para exigir ser retirado de una lista de Estados afectados por algún tipo de virus objeto de una alerta sanitaria internacional. Con respecto a esta original petición hecha por Costa Rica, resulta oportuno precisar cuál ha sido la cronología de las diversas alertas y emergencias decretadas en la región circundante a Costa Rica por parte de autoridades sanitarias nacionales con relación al zika.

Distinguiremos las alertas declaradas por las organizaciones internacionales técnicas a cargo de la salud humana, de las decretadas por Estados. Entre estas últimas, separaremos las denominadas “alertas de viaje” de las demás alertas o emergencias sanitarias.

Alertas de entidades internacionales

Con relación a alertas declaradas por parte de organizaciones internacionales técnicas a cargo de la salud, resulta oportuno señalar que desde el 1ero de diciembre del 2015, una alerta epidemiológica conjuntamente suscrita por la OMS y la OPS (Organización Panamericana para la Salud) (ver [texto](#)) indicaba: *“Orientaciones para la notificación internacional. Considerando la reciente introducción del virus Zika en las Américas, y en beneficio de la vigilancia integrada de los arbovirus, se orienta a las autoridades nacionales de salud pública a informar a la OPS/OMS, a través de los canales establecidos por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), sobre los casos confirmados por laboratorio de infección por virus Zika que se registren en los países y territorios de la Región de las Américas. Adicionalmente, y a fin de contribuir con el conocimiento de las posibles secuelas de este virus, la OPS/OMS solicita a los Estados Miembros que notifiquen todo incremento de síndromes neurológicos y síndrome autoinmune (tanto en niños como en adultos) o un incremento en las anomalías congénitas en recién nacidos, que no puedan ser explicados por una causa conocida”.*

Con relación a los riesgos para mujeres embarazadas, esta misma alerta conjunta OMS/OPS constituye un verdadero desafío para muchos de los sistemas de salud estatales, al precisar que: *“Es importante asegurar la asistencia de las embarazadas al cuidado y control prenatal, incluyendo la realización de los exámenes clínicos y paraclínicos básicos conforme a los protocolos nacionales establecidos. En zonas donde circula el virus Zika se recomienda enfatizar la necesidad de que las embarazadas tomen precauciones personales para evitar el contacto con el vector (ver recomendaciones sobre medidas de prevención personal en la página 10-11 de este documento). Debe realizarse el seguimiento de recién nacidos con anomalías congénitas para determinar los resultados del neurodesarrollo. La evaluación de los recién nacidos con anomalías congénitas requiere la participación de equipos multidisciplinarios, incluidos neuropediatras, genetistas, rehabilitadores, psicólogos y especialistas de servicios sociales entre otros. Los padres o responsables designados deberán ser debidamente informados de la condición encontrada en el feto o recién nacido, en particular si aumenta el riesgo de un resultado adverso. Deberán ser educados sobre la importancia de acudir a las consultas de seguimiento y a seguir los consejos de salud y medidas de prevención de enfermedades”.*

El 1ero de febrero del 2016, la OMS, mediante declaración oficial titulada “Declaración de la

OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas”, indicó (ver [texto completo](#)) que: “El Comité recomendó que se declare que el conglomerado reciente de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos notificados en el Brasil, después de un conglomerado similar en la Polinesia francesa en el 2014, constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)”.

Finalmente, nos parece oportuno señalar que el 16 de febrero del 2016, la OMS publicó una guía de orientaciones provisionales (ver [texto](#)) titulada “Prevención de la posible transmisión sexual del virus Zika”, en la que se señala, entre otros aspectos, que: “ 1. Se debe informar a todos los pacientes (varones y mujeres) que presenten infección por el virus Zika, así como a sus parejas sexuales (sobre todo a las embarazadas), del posible riesgo de transmisión sexual del virus, así como de las medidas anticonceptivas y las precauciones que deben tomarse para evitar el contagio durante las relaciones sexuales, y se les deben proporcionar preservativos cuando sea posible. Las mujeres que han mantenido relaciones sexuales sin protección y no desean quedarse embarazadas porque temen las consecuencias de la infección por el virus Zika también deben tener fácil acceso a los servicios de asesoramiento y anticoncepción poscoital 2. Las parejas sexuales de las embarazadas que vivan en zonas donde se sepa que hay transmisión local del virus Zika, o que regresen de tales zonas, deben tomar precauciones para evitar la transmisión durante las relaciones sexuales o abstenerse de mantenerlas durante el embarazo”.

Salvo error de nuestra parte, no se ha circulado ningún tipo de recomendación en Costa Rica de esta misma índole, lo cual llama la atención.

Alertas decretadas por Estados de la región

La fecha del 9 de febrero escogida por Costa Rica para solicitar su retiro a la OMS de la lista de países afectados resulta aún más sorprendente cuando se detalla la cronología de las diversas emergencias con relación al zika por parte de Estados del hemisferio americano (o que posean territorios en esta región del mundo). De manera a aclarar el panorama regional, distinguiremos las llamadas alertas de viaje (en la que se recomienda a nacionales tomar ciertas previsiones en caso de viajar a territorios de Estados afectados por el zika), de las alertas destinadas a combatir el virus desde el territorio de un Estado.

- *Alertas de viaje* -

El 16 de enero del 2016, las autoridades sanitarias de Estados Unidos emitieron una alerta de viaje a sus nacionales, en particular a mujeres embarazadas o susceptibles de serlo durante su estadía, para 14 Estados o territorios de América Latina debido al virus del zika (ver [nota](#) de la BBC). Los 14 destinos señalados son: Brasil, Colombia, El Salvador, Guyana Francesa, Martinica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Surinam, Venezuela y Puerto Rico. Cabe señalar que desde el 10 de diciembre del 2015, la agencia norteamericana oficial en Estados Unidos (el *Centers for Disease Control and Prevention* conocido por sus siglas CDCP) había elaborado un listado de Estados afectados por el zika (ver [nota](#)), precisando que: “*In November 2015, the first local transmission of Zika virus infection (Zika) was reported in Central America. Local transmission means that mosquitoes in the area have been infected with Zika virus, spreading it to people. Since then, the following Central American countries have reported ongoing transmission of Zika: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama*”. No obstante, no fue

sino hasta el 16 de enero del 2016 que se divulgó este listado inicial, extendiéndolo a 14 destinos turísticos en América Latina. Notemos que entre la nota del 10 de diciembre y la lista del 16 de enero, por alguna razón, Costa Rica (así como Nicaragua) desaparecieron del listado.

Cabe señalar que unas 24 horas antes del anuncio realizado por parte de Estados Unidos, Francia emitió una alerta de viaje, con fecha del 15 de enero del 2016: en ella, las autoridades sanitarias emitían una alerta para los territorios de Martinica y Guyana francesa, indicando, entre otros puntos (ver [comunicado oficial](#)) que: *“La gravité n’est pas immédiate mais plutôt liée à la survenue de complications neurologiques, dont le syndrome de Guillain-Barré (SGB) incitant à une vigilance spécifique en cas d’épidémie. A également été constatée une augmentation inhabituelle des cas de microcéphalie chez les fœtus et les nouveau-nés entraînant des malformations du système nerveux”*.

Posterior a la alerta de viaje de Estados Unidos, el 21 de enero del 2016 fue comunicado una similar por el órgano técnico de la Unión Europea (UE) equivalente al CDCP norteamericano. Leemos en este [documento del ECDC](#) sobre recomendaciones a turistas europeos, entre otras cosas, que: *“Advise pregnant women and women who are trying to become pregnant, and who plan to travel to the areas experiencing transmission of Zika virus, to discuss their travel plans with their healthcare providers and to consider postponing their travel to affected areas, especially to areas with increasing or widespread transmission. Advise EU citizens who live in areas with Zika virus transmission to take individual protective measures to prevent mosquito bites. This applies particularly for pregnant women and women who are trying to become pregnant living in areas with increasing or widespread transmission”*.

El 26 de enero, Argentina emitió de igual forma una alerta para mujeres embarazadas susceptibles de viajar a Estados afectados por el zika (ver [nota](#) de Telam).

-Alertas o emergencias sanitarias nacionales -

Si bien la OPS y la OMS emitieron una recomendación sobre la propagación del zika el 1ero de diciembre del 2015 para la región, cada Estado consideró (en función de criterios de otra índole) proceder a declarar algún tipo de alerta. Intentaremos seguir la cronología de estas alertas, y advertimos desde ya al lector que nos basamos en gran parte en reportes de prensa. Es muy posible que existan muchas otras alertas o emergencias sanitarias a las mencionadas a continuación: la brevedad de esta nota no pretende en lo más mínimo a la exhaustividad y quisiéramos indicar que los sitios de las autoridades de salud no siempre ofrecen información de forma muy ágil (aún en periodos de emergencia sanitaria).

El 10 de diciembre del 2015, México circuló una alerta epidemiológica para todo su territorio con relación al zika y a acciones a tomar (ver [texto](#)).

El 19 de diciembre del 2015, los primeros casos fueron reportados oficialmente por Francia en Martinica y en Guyana francesa (ver [nota](#) de Le Monde).

El 20 de enero del 2016, Brasil solicitó a mujeres embarazadas no viajar a su territorio (ver [nota](#) de La Voz).

El 26 de enero del 2016, Colombia recomendó mediante sus autoridades sanitarias que las mujeres colombianas evitaran embarazos (ver [nota](#) de la BBC) y decretó alerta por la fase

expansiva en la que se encontraba el zika en territorio colombiano (ver [nota](#) de prensa).

El 26 de enero del 2016, El Salvador procedió a esta misma recomendación con relación a embarazos en su territorio,(ver [nota](#) de El País), precisando que esta recomendación para parejas y mujeres salvadoreñas se mantendrá hasta el año 2018.

El mismo 26 de enero del 2016, en Panamá, luego de reportarse 42 casos de zika en la parte caribeña, *“las autoridades sanitarias de Panamá recomendaron aplazar los embarazos en una comarca indígena del Caribe en donde se han registrado 42 casos de zika”* (ver [nota](#) de prensa). El pasado 16 de febrero, Panamá declaró emergencia sanitaria (ver [nota](#) de prensa).

El 28 de enero del 2016, Nicaragua confirmó el tercer caso de zika en su territorio (ver [nota](#) de La Prensa), y el 3 de febrero, confirmó que el número de afectados supera las 20 personas (ver [nota](#) del mismo rotativo nicaragüense).

El 30 de enero del 2016, las autoridades sanitarias de Guatemala confirmaron que las personas afectadas por el zika superaban las 100 personas en su territorio (ver [nota](#) de prensa).

A modo de conclusión: un actuar del Estado costarricense desconcertante

Considerando la ubicación geográfica de Costa Rica entre Colombia y El Salvador, cuyas autoridades sanitarias han sido extremadamente claras con relación a riesgos para embarazos, y tomando en cuenta que Guatemala, Honduras y Panamá fueron incluidos en la alerta de viaje de Estados Unidos desde mediados de enero del 2016, resulta sorprendente el planteamiento hecho a la OMS por parte de Costa Rica el pasado 9 de febrero del 2016 solicitando ser retirada de la “lista zika”. La rápida progresión del chikungunya en Costa Rica desde julio del 2014 tampoco parece haber sido considerada como una señal de alerta adicional, tratándose del mismo vector que vehicula el zika, objeto de campañas de prevención muy similares (Nota 4). Recientemente se leyó (ver [nota](#) de Sercano del 4/03/2016) que: *“En cuanto al chikungunya, hace una semana se registraban 977 casos y el último reporte informó que hay 1.037, 60 personas más”*.

No se ha tenido acceso al documento oficial enviado por las autoridades de salud de Costa Rica a la OMS el pasado 9 de febrero del 2016, y agradeceríamos a algún lector bien informado remitírnoslo por correo electrónico (lo puede hacer al siguiente correo: cursodicr (a) gmail.com). En caso de ser requerida, se garantizará total confidencialidad sobre un documento que, en lo personal, consideramos debiera ser de acceso público, al revestir de manera incuestionable un interés público (y que ni ha sido difundido ni tampoco revelado a medios de prensa en cuanto a su contenido exacto).

A la fecha, se desconoce de igual manera la respuesta brindada por la OMS a tan peculiar petición de las autoridades sanitarias costarricenses. Nuevamente aquí, el concurso de nuestros lectores bien informados es solicitado (y se garantizará de igual forma confidencialidad si así fuera requerida).

Al momento de redactar estas líneas, tampoco se ha tenido conocimiento de alguna recomendación por parte del Ministerio de Salud de Costa Rica con relación a evitar embarazos a corto y mediano plazo a la población femenina. Sus autoridades habían recomendado a mujeres embarazadas no viajar a Estados afectados por el zika el pasado 20

de enero del 2016 (ver [nota](#) de prensa de La Nación). El pasado 23 de febrero, recomendaron únicamente que mujeres embarazadas no viajen a la región costera de Guanacaste (ver [nota](#) de La Nación).

Nicolas Boeglin

Nota 1: Véase OMS, “*Lo que Usted debe saber sobre enfermedades transmitidas por vectores*”, 1992, pp.71-72. Texto disponible [aquí](#) . Remitimos de igual manera a otro estudio posterior de 1994, OMS, *Enfermedades parasitarias y desarrollo hidráulico. Necesidad de una negociación intersectorial*, 1994. Texto disponible [aquí](#) .

Nota 2: Véase, entre muchos otros, este reciente artículo científico sobre efectos del zika en el feto, SAMO M. et alii, “*Zika Virus Infection and Stillbirths: A Case of Hydrops Fetalis, Hydranencephaly and Fetal Demise*”, Febrero del 2016. Artículo disponible [aquí](#) .

Nota 3: Véase MUSSO D. et alii, “*Potential Sexual Transmission of Zika Virus* », Febrero 2015, Artículo disponible [aquí](#) .

Nota 4: Recordemos que el primer caso en Costa Rica de chikungunya fue el de una turista francesa de paso en Costa Rica, en julio del 2014 (ver [nota](#) de La Nación), y el primer caso autóctono confirmado el 19 de octubre del 2014 (ver [nota](#) de La Nación). Pese a un “*Protocolo de Vigilancia y Manejo Clínico*” elaborado por el Ministerio de Salud (ver [documento](#)) en julio del 2014, los casos han ido en aumento. Pese a una campaña de las autoridades de salud con empresarios turísticos para erradicar criaderos de chikungunya (ver [nota](#) de Teletica de setiembre del 2014), las cifras evidencian la progresión. Recientemente (enero del 2016) se leyó que en Costa Rica (y salvo error del periodista al consignar la cifra): “*De acuerdo con la Caja, en el 2014 cuando ingresó chikungunya al país, se reportaron sólo 158 casos, mientras que el año pasado fueron 5010 personas enfermas*” (ver [nota](#) de CRHoy del 12/01/2016), sin que se precise cuántos son los afectados por el dengue y el chikungunya.

Nicolas Boeglin : Profesor de Derecho Internacional Público, Facultad de Derecho, Universidad de Costa Rica (UCR)

The original source of this article is Global Research
Copyright © [Prof Nicolas Boeglin](#), Global Research, 2016

[Comment on Global Research Articles on our Facebook page](#)

[Become a Member of Global Research](#)

Articles by: [Prof Nicolas Boeglin](#)

Disclaimer: The contents of this article are of sole responsibility of the author(s). The Centre for Research on Globalization will not be responsible for any inaccurate or incorrect statement in this article. The Centre of Research on Globalization grants permission to cross-post Global Research articles on community internet sites as long the source and copyright are acknowledged together with a hyperlink to the original Global Research article. For publication of Global Research articles in print or other forms including commercial internet sites, contact: publications@globalresearch.ca

www.globalresearch.ca contains copyrighted material the use of which has not always been specifically authorized by the copyright owner. We are making such material available to our readers under the provisions of "fair use" in an effort to advance a better understanding of political, economic and social issues. The material on this site is distributed without profit to those who have expressed a prior interest in receiving it for research and educational purposes. If you wish to use copyrighted material for purposes other than "fair use" you must request permission from the copyright owner.

For media inquiries: publications@globalresearch.ca