



BOLETÍN SOBRE COVID-19

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

Facultad de Medicina



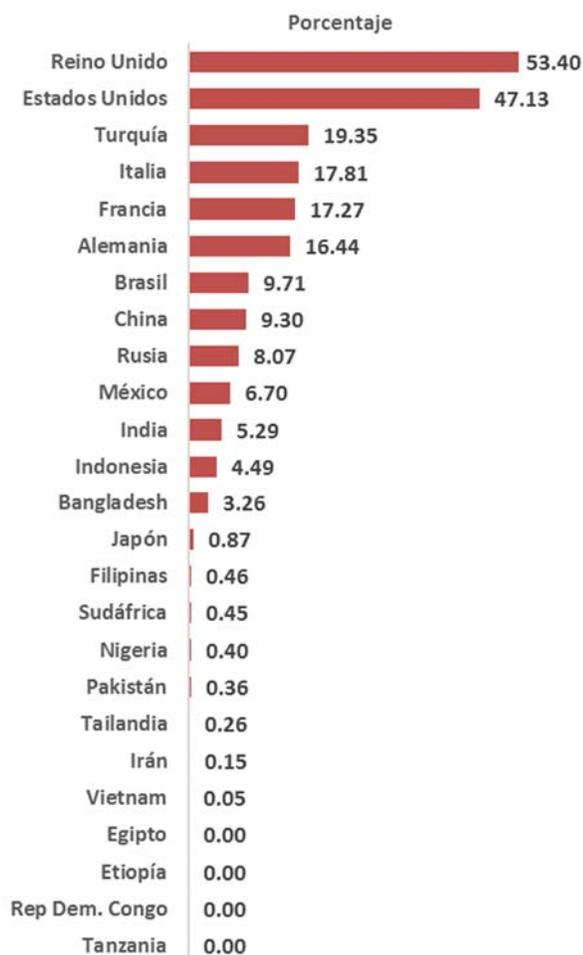
Publicación del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM

Sitio Web: <https://sites.google.com/view/saludpublica-unam-boletin/covid/home>

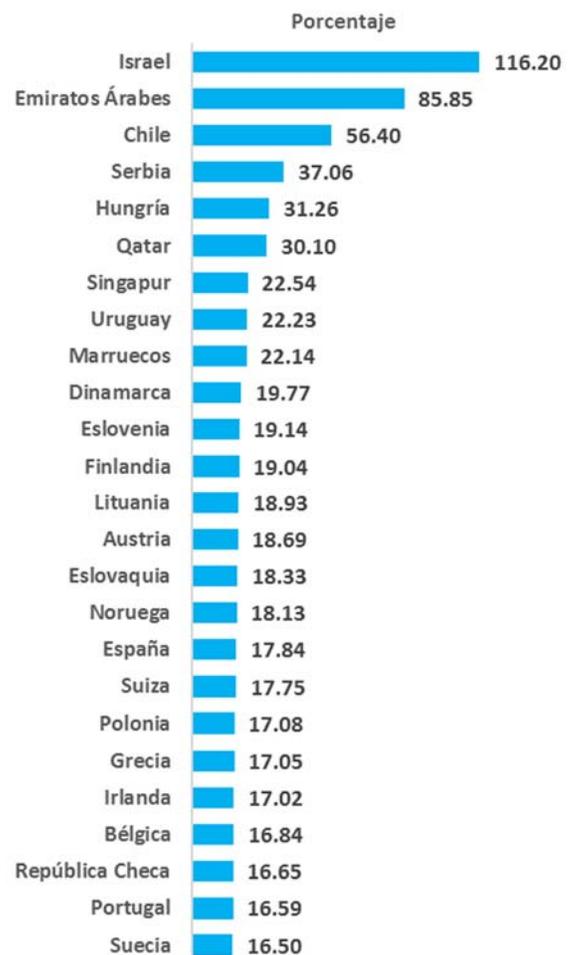
Volumen 2, n° 16, 6 de abril de 2021

Total de vacunas COVID-19 aplicadas (por cada 100 personas) en los países más y menos poblados del mundo - Actualización a abril 2021*

25 países más poblados del mundo
(74% de la población mundial)



Todos los demás países**
(26% de la población mundial)



* Se refiere al número de dosis aplicadas por cada 100 personas . Es decir, *no es una cobertura de esquemas completos de vacunación* (de una o dos dosis, dependiendo de cada vacuna). Para su cálculo, se divide el número de dosis aplicadas entre la población total del país y se multiplica por 100. Otra limitación de este cálculo, es que incluye a toda la población de un país (y no todos requieren ser vacunados). En la medida en que se vaya teniendo mayor información, podrán realizarse cálculos más precisos.

** La gráfica solo incluye países de más de 2 millones de habitantes.

Elaborado por **Enrique Bravo-García**, con base en: Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B, et al. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Our World in Data. 2021 [Update: April 2, 2021].

Disponibile en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.

CONSEJO EDITORIAL**Editor**

Dr. Carlos Magis Rodríguez

Coeditor

MSP Enrique Bravo García

Comité editorial

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Dra. Alejandra Moreno Altamirano

Dr. Carlos Pantoja Meléndez

Dra. Abril Violeta Muñoz Torres

Dra. Elvira Sandoval Bosch

Dr. Ariel Vilchis Reyes

ISSN: En trámite

CONTENIDO

En portada	1
Editorial	2
Artículos originales	3
Testimonios	12
Actualización epidemiológica	15
Vacunómetro	19
COVIDTrivia	24
Infografía	25
Noticias UNAM	26
COVIDTrivia-Respuestas	27
Directorio	28

Equipo Colaborador:

Iliana P. Cacique Barrón

Carmina Campos Muñoz

Daniel Cruz Martínez

Daniela Hernández Puente

Salif Luna Ávila

Luis Antonio M Ibarra

Erick Osorio López

Vanessa Recillas Toledo

Rubén Rocha Huazo

Alicia Rodríguez Martínez

Nota importante:

El Boletín se rige por el precepto universitario de que las funciones del personal académico son: impartir educación, bajo el principio de la libertad de cátedra y de investigación.

El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

Es necesario incrementar la velocidad de vacunación

Hemos terminado marzo y el *Plan Nacional de Vacunación contra el SARS-CoV-2* ya tiene un retraso en las metas que no se ve factible alcanzar. Dicho plan señalaba que, para estas fechas, el personal de salud estaría vacunado (sólo se ha alcanzado al 60%); y que las personas de 60 años y más estarían vacunadas a finales de abril (y con las dos dosis recibidas, solamente tenemos al 3% de esa población).

Es verdad que se han enfrentado a contratiempos y realizado avances en la llegada de vacunas. Incluso la administración del presidente Biden estuvo de acuerdo en mandarnos vacunas de *Oxford-AstraZeneca* a préstamo, mientras que la complicada producción nacional puede comenzar a distribuir a finales de abril, las vacunas de las que recibimos la materia prima en enero de 2020. En el plan de enero no estaban las vacunas que nos ha mandado Rusia y tampoco teníamos contempladas las vacunas de *Sinovac*, sino las de *Cansino*.

Al mismo tiempo, la vacunas se administran cada vez más eficientemente, con pocos pasos para el registro; y con la ayuda de personal gubernamental y de voluntarios, se ha logrado administrar la vacuna en un lapso total de 30 minutos, contados desde la llegada de la persona al sitio de vacunación.

Aun así, México por ahora está recibiendo más vacunas de las que tiene capacidad de aplicar. Al 3 de abril de 2020, hemos recibido 14.6 millones de vacunas contra 9 millones aplicadas. Tenemos casi cinco millones de vacunas almacenadas. Estamos administrando 170,000 vacunas por día y deberíamos estar aplicando 340,000 para alcanzar la meta de que todos los adultos de 60 años y más, así como el personal de salud, estén vacunados a finales de abril.

Hasta ahora los centros de vacunación han sido temporales; necesitamos que sean permanentes y que trabajen en horarios extendidos. Sin un proceso de vacunación que duplique el ritmo actual, no podremos alcanzar la cobertura grupal necesaria con la rapidez que se requiere.

Por otro lado, la relajación de las conductas preventivas en la población hace probable una nueva ola epidémica, como ya ocurrió en Chile, a pesar de que tiene un mayor porcentaje de población vacunada que México (56.4% contra 6.7%). Chile ha tenido que reinstalar las restricciones a la movilidad, ya que se han vuelto a saturar los servicios de emergencia.

La situación de la vacunación del personal de salud ha generado mucha fricción con las autoridades. Por separado, o en peticiones colegiadas como lo hizo la Academia Nacional de Medicina, se ha insistido en que todo el personal de salud –público o privado– debe ser vacunado. La respuesta del gobierno ha sido exigir a los servicios privados listados verificables. Es evidente que el mecanismo no es eficiente. Una alternativa sería usar la página del registro para vacunación, en donde se anotaría la cédula profesional o cualquier otra acreditación profesional. En un país que tiene uno de los primeros lugares en defunciones por COVID-19 en personal de salud, es de llamar la atención que las autoridades no hayan resuelto todavía la vacunación de este sector.

Carlos Magis Rodríguez

Editor

La seguridad infantil en el hogar durante el confinamiento por COVID-19[#]

Alma L. Cruz Bañares¹, Adriana Villafuerte García (@AdrianaViGa)²

¹Directora de México Unido Libre de Lesiones Infantiles A.C. (Munli A.C.)

²Doctorante en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen: Las lesiones no intencionales infantiles que ocurren en el hogar están determinadas por la infraestructura del domicilio y las características del niño y el cuidador, principalmente. El confinamiento, producto de la Covid-19, aumentó el tiempo de permanencia en casa y cambió las dinámicas familiares; en consecuencia, los niños están expuestos a riesgos nuevos y preexistentes en su hogar. En el 2020, se realizó una encuesta que exploró las características de los hogares, las preocupaciones familiares sobre los riesgos de lesiones y las medidas de seguridad en casa. Los resultados evidencian la necesidad de contar con una estrategia de prevención.

Palabras clave. Confinamiento, lesiones no intencionales infantiles, COVID-19, seguridad infantil.

Introducción

Las lesiones infantiles son un problema de salud pública global. Debido a esta causa, cada año ocurren alrededor de 950 mil defunciones en niños y adolescentes menores de 18 años en todo el mundo. El 90% de las muertes son lesiones no intencionales (LNI), que incluyen traumatismos por el tránsito, ahogamientos, intoxicaciones, quemaduras y caídas.¹

Las LNI son una de las principales causas de muerte, hospitalización y discapacidad en el mundo.² En América Latina, la morbilidad por LNI supera a las enfermedades infecciosas, cardiovasculares y malignas.³

En México, las LNI ocupan los primeros lugares de mortalidad general.⁴ De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012* (ENSANUT), 4.4% de los niños había sufrido algún accidente no fatal en el año previo a la encuesta. En el grupo de 0 a 9 años, más del 70% de estos accidentes correspondió a caídas, 18% a golpes y quemaduras y casi un 7% a accidentes de tránsito.⁵ Durante el 2019 se registraron 134,900 LNI infantiles, de las cuales 52,729 ocurrieron en menores de 0 a 4 años, 52,201 en menores de 5 a 9 años y 29,970 en niños de 10 a 12 años.⁶

Desde el inicio del confinamiento, derivado de la pandemia por SARS-CoV-2, los establecimientos dedicados al cuidado y educación de los niños cerraron, por lo que los menores se han visto expuestos a la dinámica del hogar, con diversos mecanismos de supervisión y sujetos a la disponibilidad de cuidado de los padres,

quienes a su vez, realizan actividades laborales desde el hogar. Esto ha puesto en riesgo de lesiones en el hogar a los menores.

En México, existen dos organismos públicos que están relacionados con la prevención de LNI durante la infancia, el *Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia* y el *Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes*; sin embargo, desde el inicio de la pandemia no se han visibilizado iniciativas, estrategias o recomendaciones dirigidas a prevenir las lesiones en niños dentro del hogar.

Con los datos obtenidos a través de una encuesta en línea, este artículo tiene como objetivo explorar las principales preocupaciones de las familias en torno a los riesgos de lesiones en el hogar, identificar las medidas de seguridad infantil con que cuentan y cómo el confinamiento por COVID-19 ha cambiado sus percepciones.

Material y métodos

Se diseñó un cuestionario digital en *Google Formularios* que contó con cuatro secciones: datos sociodemográficos, características de los hogares y medidas de seguridad, percepciones y actitudes relacionadas con la prevención y riesgo y uso de servicios de salud.

Se convocó a participar a través de grupos creados en redes sociales (*Facebook*) relacionados con maternidad y seguridad. Asimismo, pediatras colaboraron

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

compartiendo el cuestionario a sus pacientes. El único criterio de inclusión fue tener a un menor de 12 años de edad viviendo en el hogar. El cuestionario se mantuvo disponible para ser contestado del 1 de mayo al 31 de julio de 2020.

Se realizó análisis descriptivo: las variables continuas se expresaron en mediana e intervalo intercuartilar; y las variables categóricas, en frecuencias y porcentajes. Se conformaron grupos de análisis de acuerdo con la edad de los menores y se compararon entre ellos. Para variables continuas se usó la prueba *U de Mann-Whitney* y para las variables categóricas, la prueba de *chi-cuadrado* (χ^2).

Resultados

839 hogares participaron, la mayoría ubicados en Ciudad de México (33%), Estado de México (14.4%) y Nuevo León (6.5%). El 97% de los informantes fueron mujeres, madres en su mayoría. La mediana de edad fue de 35 años (rango: 32-39). Al momento de responder la encuesta, el promedio de días de confinamiento en los hogares era de 64 días (rango: 59- 67).

Características de los hogares y medidas de seguridad

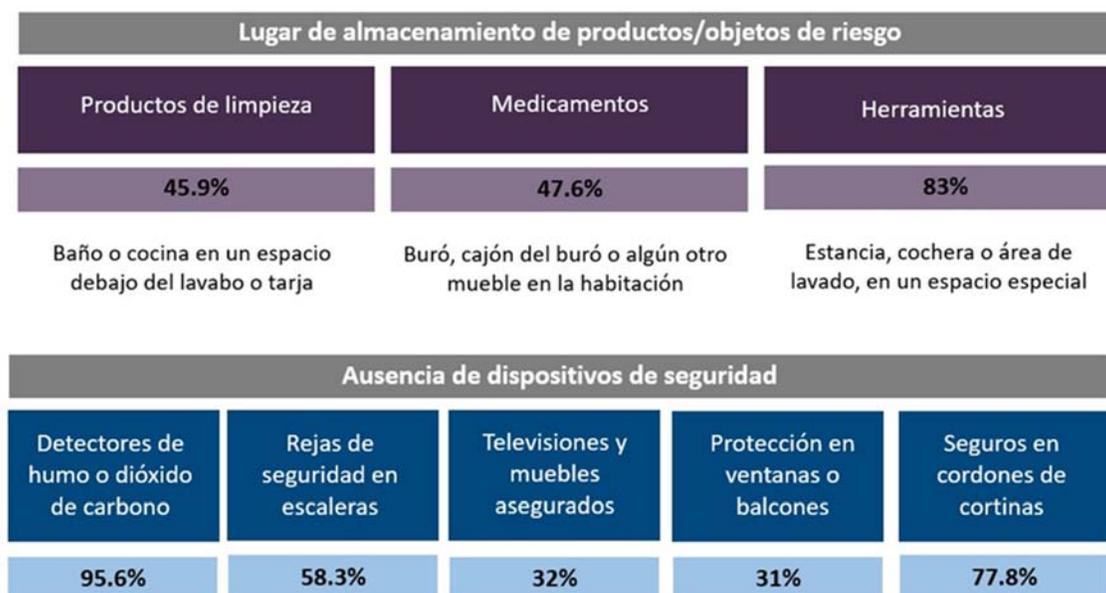
Se exploraron las características generales de los hogares considerando los posibles riesgos existentes: 64% de los hogares tenían patio, 35% tenían jardín, 34% contaban con área común, 10% tenía *roof garden*, 8% alberca y 27% un balcón.

Las medidas de seguridad que se toman en casa son un elemento determinante para la ocurrencia de lesiones en los niños, las cuales dependen -en gran medida- de la percepción del riesgo de los cuidadores;⁷ sin embargo, esto no siempre reduce o elimina la probabilidad de que ocurra la lesión.⁸ En esta encuesta se incluyeron preguntas relacionadas con los componentes y medidas de seguridad en los hogares, las cuales se pueden observar en la figura 1.

En los hogares que contaban con tina de baño (n=324), se exploró el antecedente de dejar a los menores solos en ella, a lo cual, el 60% de los informantes reportó no haberlo hecho nunca.

Finalmente, se exploró la existencia de un botiquín de primeros auxilios; cerca del 22% de los hogares informó no tener uno.

Figura 1. Medidas de seguridad en los hogares



Fuente: Encuesta “Seguridad infantil en el hogar y Covid-19”, 2020.

Percepciones y actitudes relacionadas con la prevención u ocurrencia de lesiones durante el confinamiento

Dentro de los hogares, se exploraron los riesgos que más preocupaban a los cuidadores durante el confinamiento. Las principales preocupaciones fueron las caídas en general (84%) (caídas de la cama, del sillón, corriendo, etc.), caídas de escaleras (46%), las contusiones con diversos objetos (52%) y los atragantamientos (43%). En una menor proporción, les preocupan las picaduras por insectos (33%), las quemaduras en estufas o planchas (40%), quemaduras por líquidos calientes (26.5%), envenenamientos o intoxicaciones (15%), introducción de objetos pequeños en nariz y orejas (20%), e incluso, la ingesta de pilas de botón (7.4%).

Para comprender si la percepción de los cuidadores cambiaba de acuerdo con la edad de los menores, se integraron dos grupos: uno con los niños de 0 a 6 años (n=749) y otro con niños de 7 a 12 años (n=90). Se identificó que las preocupaciones son mayores cuando los niños tienen menor edad, sobre todo, en las caídas en general. Las diferencias se resumen en la tabla 1.

Además de las percepciones, se indagó a través de una *Escala de Likert*, las actitudes de los informantes respecto a una serie de afirmaciones relacionadas con el cambio de riesgos a raíz del confinamiento por COVID-19 (figura 2).

Uso de servicios de salud

La pandemia por SARS-CoV-2 ha afectado el funcionamiento de los servicios esenciales de salud en todo el mundo. La reconversión hospitalaria y el temor a adquirir el virus, se han relacionado con una disminución en el uso de los servicios y retrasos en la atención de diversos padecimientos, incluyendo todo tipo de urgencias.⁹ Los hospitales pediátricos no han sido la excepción, pues algunos países han documentado una disminución de hasta el 80% en el uso de los servicios pediátricos de urgencia, trayendo consigo complicaciones en los menores.^{10,11}

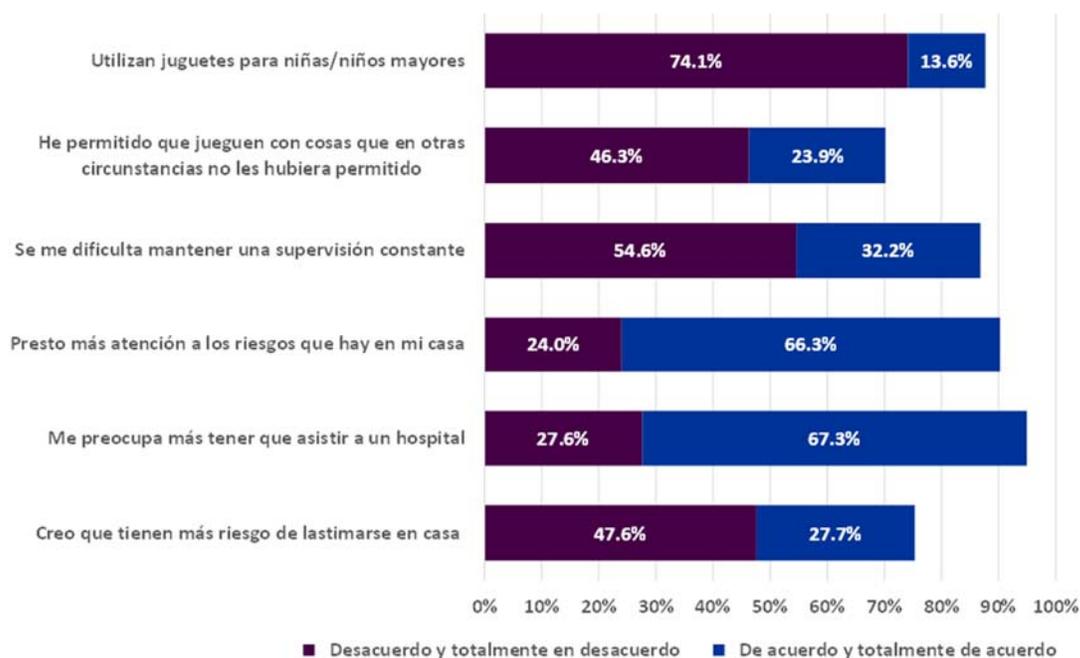
Considerando estos elementos, en la encuesta se exploró, de una manera aproximada, el uso de los servicios de salud y el conocimiento sobre la red de atención disponible en caso de alguna emergencia. El 82% de los informantes reportó saber dónde llevar al menor en caso de un accidente grave y 85% de los informantes refirió saber qué hacer ante un accidente leve.

Únicamente el 2.2% informó haber tenido que llevar a un menor a urgencias. Más de la mitad de estos casos se debieron a caídas (n=10), y a la ingesta o introducción de un cuerpo extraño (n=2). Los procedimientos realizados incluyeron estudios de imagenología, curaciones, reducción de luxaciones y procedimientos odontológicos. Uno de los casos requirió atención quirúrgica.

Tabla 1. Percepción de mayor riesgo por tipo de lesión y edad de los niños

Lesión	0 a 6 años (n=749)	7 a 12 años (n=90)	p
Caídas en general	85% (639)	71% (64)	0.001
Caídas de escaleras	44.5% (333)	56.7% (51)	0.28
Intoxicaciones o envenenamientos	15.9% (119)	7.8% (7)	0.04
Introducción de objetos pequeños	21.9% (164)	5.6% (5)	0.00
Atragantamiento	31.3% (28)	4.2% (331)	0.01

Fuente: Encuesta "Seguridad infantil en el hogar y Covid-19", 2020.

Figura 2. Actitudes de prevención y riesgos en el hogar frente al confinamiento

Fuente: Encuesta “Seguridad infantil en el hogar y Covid-19”, 2020.

“Mi hijo de 5 años se cayó de una silla se pegó en la cabeza y vomitó, lo llevamos a urgencias del IMSS y lo revisaron muy leve y lo llevamos después con su pediatra y lo reviso minuciosamente y le mandó medicamento para el dolor e inflamación y estuvo en vigilancia, gracias a Dios no pasó a mayores”.

Mujer y madre de 40 años, Querétaro

Por otro lado, se exploró el apoyo de los profesionales de la salud en términos de asesoría para la prevención de lesiones; 30% de los informantes recibió asesoría sobre seguridad para evitar lesiones en casa y 27% recibió instrucciones para actuar en caso de tener un accidente en casa.

Un elemento determinante para salvaguardar la vida de un menor ante algún tipo de lesión, es el entrenamiento de los familiares. En la encuesta, en el 44% de los hogares, ningún miembro de la familia había tomado un curso de primeros auxilios; en 39%, al menos un miembro de la familia había recibido dicho entrenamiento y en 10%, todos los miembros de la familia recibieron un curso de primeros auxilios.

Discusión

El hogar es uno de los sitios más frecuentes de ocurrencia de las LNI en los niños, los factores de riesgo asociados, además del sexo y la edad, tienen que ver

con la composición y el tamaño de la familia, y el área de juego dentro y fuera de la vivienda y el cuidador.² En los menores de 10 años de edad, la prevalencia estimada de LNI en el hogar fue de 2.2%.

El confinamiento, ha generado un cambio en la dinámica de los miembros de los hogares, así como en los espacios. Estas modificaciones no planeadas, el aumento del tiempo de permanencia en casa y las múltiples tareas de los miembros de la familia, incrementaron la exposición a riesgos preexistentes, lo que podría suponer una mayor ocurrencia de lesiones; sin embargo, de acuerdo con la DGIS,¹² el total de lesiones registradas en niños de 0 a 4 años disminuyó 38% en comparación con el 2019; en el grupo de 5 a 9 años, disminuyó 42% y en el grupo de 10 a 12 años, se registró una disminución de 46%. Esto podría deberse a una menor ocurrencia de lesiones o a menos visitas a los servicios médicos.

Pudimos observar que una gran proporción de los hogares no cuenta con medidas básicas de seguridad y que éstas, tampoco obedecen directamente a las preocupaciones de los cuidadores. Por ejemplo, las caídas de las escaleras son una de las principales causas de LNI en el hogar; sin embargo, en los hogares cuyos cuidadores se preocupan por este riesgo (n=383), más de la mitad (57.2%) no contaba con una reja de seguridad.

Una situación similar encontramos con los envenenamientos o intoxicaciones, que pueden ocurrir por la ingesta de medicamentos o productos de limpieza;¹³ el 54.7% de los cuidadores que están preocupados por este riesgo (n=126), almacenan los artículos de limpieza debajo del lavabo/tarja del baño o cocina, que es un sitio de fácil acceso para los niños. Lo mismo ocurre con el almacenamiento de los medicamentos, ya que 47.6% de estos hogares los almacena en el buró o en un cajón o mueble de la habitación.

En casi 30% de los hogares, la preocupación por el riesgo de lesiones en casa está presente y en esta misma proporción, los cuidadores tienen dificultades para mantener una supervisión constante de los niños. En suma, cerca del 70% manifiestan preocupación por tener que ir al hospital, lo cual podría orientarnos hacia los motivos de la disminución en los registros de la ocurrencia de lesiones reportada.

Dado que esta encuesta se realizó durante los primeros meses del confinamiento, desconocemos si el comportamiento de las variables estudiadas ha cambiado en la actualidad. A más de un año de comenzar la pandemia en México, el seguimiento de esta información podría evidenciar un incremento en el número de lesiones, un cambio en las medidas de prevención tomadas por los cuidadores, así como cambios en la percepción del riesgo.

A pesar de que la encuesta no tiene representatividad nacional, proporciona elementos para evidenciar la necesidad de dirigir y reforzar estrategias enfocadas a la prevención de lesiones en los hogares.

Conclusiones

- La mayoría de los hogares carece de medidas de seguridad básicas; es urgente la participación de instancias gubernamentales que emitan recomendaciones y orientaciones precisas.
- La percepción de un mayor riesgo o preocupación por determinados tipos de lesiones, no necesariamente conlleva una acción por parte de los cuidadores para prevenirlo.
- La disminución del registro en México de LNI infantiles no debe interpretarse como una reducción de la ocurrencia real.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Ginebra, Suiza; 2012. Disponible en: <https://buff.ly/31vhr1L>.
2. Lozano R. La carga de las lesiones no intencionales. En: Hajar MC. Los accidentes como problema de salud pública, 1ra. Edición. México; 2014. Academia Nacional de Medicina. 17-40. Disponible en: <https://buff.ly/3wIVMHB>.
3. Bustos E, Cabrales RG, Cerón M, Naranjo MY. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 71(2); 2014. Disponible en: <https://buff.ly/3ubpMDM>.
4. INEGI. Características de las defunciones registradas en México durante 2018. Comunicado de Prensa 538/19. México 2019. Disponible en: <https://buff.ly/3b1qOfy>.
5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México; Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: <https://buff.ly/2NZu6Ty>.
6. Dirección General de Información en Salud. Sistemas de información en salud. Cubos dinámicos de lesiones; 2019. México. Disponible en: <https://buff.ly/3m4liw9>.
7. Inbaraj LR, Rose A, George K, Bose A. Percepción de lesiones infantiles no intencionales entre madres en zonas rurales del sur de la India. Indian J Public Health. 2017; 61: 211-4. Disponible en: <https://buff.ly/3cxzV7X>.
8. Sevilla, E., Ramos-Escobedo, A., Franco-Ordaz, A. Percepción de riesgo sobre lesiones no intencionales en niños y niñas, México. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2019, 17(2), 1-22. Disponible en: <https://buff.ly/2QMW61r>.
9. Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(5). Disponible en: <https://buff.ly/3cDWZCd>.
10. Nabian MH, Vosoughi F, Najafi F, et al. Epidemiological pattern of pediatric trauma in COVID-19 outbreak: Data from a tertiary trauma center in Iran. Injury. 2020;51(12):2811-2815. Disponible en: <https://buff.ly/31AeLQu>.
11. Huw T. Coronavirus: Child health fears as parents avoid hospitals. BBC; 2020. Consultado el 1 de marzo 2021. Disponible en: <https://buff.ly/3rIEQre>.
12. DIGS. Sistemas de información en salud. Cubos dinámicos de lesiones, corte preliminar al 31 de diciembre, 2021. México. Disponible en: <https://buff.ly/3m4liw9>.
13. Herranz M. Clerigué N. Intoxicación en niños. Metahemoglobinemia. Anales Sis San Navarra. 2003, Vol. 26, Suplemento 1: 209-223. Disponible en: <https://buff.ly/2Pd18Xr>.

Aprender en tiempos del COVID-19: opiniones de alumnos y maestros de la Facultad de Psicología de la UNAM[#]

Jesús Carlos- Guzmán¹, Sabrina Reséndiz Barranco², Jennifer Sánchez Guerrero², Aleydis Varela Galicia²

¹Profesor de la Facultad de Psicología, UNAM

²Estudiantes de la Facultad de Psicología, UNAM

Resumen: Se realizó una encuesta a 32 estudiantes y se entrevistaron tres profesores, ambos grupos de la Facultad de Psicología de la UNAM, para averiguar sus opiniones sobre la efectividad de la enseñanza en línea y los problemas ocasionados por la pandemia del COVID-19. La mayoría de los alumnos calificaron su experiencia como “regular” y expresaron dudas sobre el nivel de aprendizaje adquirido. Su bienestar psicológico es el más afectado, ya que manifestaron padecer angustia, estrés, depresión y apatía. Los maestros destacaron que hay aspectos negativos y positivos en la enseñanza en línea. Se concluye resaltando la necesidad de atender la situación emocional de los alumnos.

Palabras clave: COVID-19, enseñanza en línea, opiniones alumnos y maestros, aprendizaje, psicología

Introducción

La educación en línea tiene varias décadas de existir. Se estima que, durante el año 2015, el 50% de los universitarios de todo el mundo estaban inscritos en algún curso de *e-Learning* y tres de cada cuatro universidades usaban las *Tecnologías de Información y Comunicación* (TICs) en sus actividades académicas.¹ Sin embargo, como resultado del confinamiento obligatorio ocasionado por la pandemia del COVID-19 fue evidente que no estábamos totalmente preparados para traspasar todos los cursos presenciales impartidos en la universidad, a ser ofrecidos en línea. De este modo los académicos tuvieron que transitar de impartir clases en un salón o laboratorio, a hacerlo utilizando diferentes plataformas digitales como *Zoom, Classroom, Meet, WhatsApp, Socrates* o *Moodle*.

Esta manera de enseñar ha suscitado debates acerca de la eficacia de las clases en línea. Por ejemplo, García² nos alertaba de los peligros de la introducción inadecuada de las TICs en la educación, en el sentido de reproducir la enseñanza tradicional pero en línea, de confundir información con aprender; las TICs en sí mismas no son milagrosas, pero adecuadamente bien empleadas pueden producir excelentes resultados, siempre y cuando se basen en un modelo pedagógico distinto. Este autor señalaba que la educación en línea promueve una mejor interacción entre los docentes y los estudiantes, posibilita el aprender de manera independiente, amena y colaborativa.

Sin embargo, hay la preocupación de que la pandemia afecte la calidad de los aprendizajes obtenidos bajo esta modalidad, aumente la deserción y, a largo plazo, reduzca el capital humano.³

Algunos problemas surgidos por el confinamiento

El confinamiento es una medida social necesaria para contener la expansión de los contagios de COVID-19; pero la prolongación del mismo ha ocasionado graves problemas, entre ellos los económicos, como la quiebra de empresas y el cierre de establecimientos con la importante pérdida de inversiones y de fuentes de trabajo; se calcula que en México, a mediados del 2020, se habían perdido alrededor de doce millones de empleos.⁴

Otras dificultades son de carácter psicológico, debido a que el aislamiento y la soledad son factores propicios para la angustia y la depresión. Domínguez y Olvera,⁵ reportan los resultados de 24 estudios realizados sobre las consecuencias de aislar a las personas; en 22 de ellos encontraron que los participantes expresaron sentirse angustiados, irritables o aburridos, cuyos efectos perduraron una vez terminada la cuarentena social. La situación se agrava por los malos hábitos de la población como son la falta de ejercicio y tener una alimentación inadecuada alta en alimentos ultraprocesados.⁶

Otros autores han enfatizado las deficientes condiciones socioeconómicas en la que viven millones de mexicanos, las cuales producen inequidad y de-

El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

sigualdad social,⁷ ya que muchos alumnos no cuentan con equipo de computo propio, lo comparten con otros miembros de su familia; tienen clases simultáneas, o el servicio de internet es muy lento o sufren de apagones. Todo ello ocasiona que las clases en línea se vean interrumpidas y no sean recibidas en forma adecuada.

Queda el papel de los docentes, que en su gran mayoría desconocen las herramientas digitales para ayudarles a enseñar; y aunque rápidamente en la UNAM⁸ se tomaron medidas para implementar cursos sobre estos temas, ha resultado complicado ir “aprendiendo sobre la marcha”. Los maestros han tenido que hacer malabares para transformar su enseñanza para hacerla atractiva, dinámica y esforzarse para que sus estudiantes aprendan a pesar de enfrentar estas difíciles circunstancias.

Sabemos las cualidades que debe tener la enseñanza para incrementar la probabilidad de aprendizaje de los alumnos, entre ellas destacan: el establecimiento de los propósitos de la enseñanza y de los criterios de evaluación, explicar claramente los temas enseñados, presentarlos de manera organizada, explicitar la vinculación con otras asignaturas, fomentar la participación del estudiante por medio de la práctica del contenido impartido, retroalimentar sus realizaciones y utilizar diferentes instrumentos de evaluación; todo ello en una atmósfera de respeto y apoyo a los estudiantes.^{9,10} Las cualidades antes descritas no son incompatibles con una enseñanza en línea, pero habría que adaptarse para aprovechar las posibilidades y ventajas de los recursos tecnológicos, lo que hasta el momento no se ha logrado totalmente.¹¹

Finalmente, están los problemas inherentes a la pandemia del COVID-19, en el sentido de que los estudiantes tienen miedo a contagiarse, les preocupa la saturación hospitalaria, vivir en zonas de alto contagio, tener parientes y amigos enfermos, la incertidumbre sobre el futuro, la desesperación por la prolongada duración de la pandemia y, pese a que la población ha comenzado a ser vacunada, el 79% de los mexicanos piensan que la vacunación va para largo.¹²

Ante la situación descrita nos interesó saber como están viviendo la pandemia los maestros y estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM. Quisimos averiguar el impacto que ha tenido en la calidad de su aprendizaje y de la enseñanza recibida, así co-

mo los efectos en el bienestar psicológico de los alumnos, conocer si ellos cuentan con los recursos tecnológicos necesarios para recibir la enseñanza en línea. En suma, nos interesó documentar su experiencia de enseñanza y los efectos producidos por la propia pandemia. Por ello, nos propusimos responder a las siguientes preguntas: ¿cuál es el grado de satisfacción de los estudiantes con sus cursos en línea?, ¿consideran que han aprendido más, menos o igual que con las clases presenciales?, ¿cuáles aspectos han sido los más problemáticos para ellos?, ¿cuáles les han afectado menos?, ¿qué aspectos destacan los profesores?, ¿qué sugerencias da el alumnado a sus maestros para mejorar las clases en línea? Por ello, nuestro objetivo general fue averiguar las experiencias educativas y personales derivadas del confinamiento por el COVID-19 en una muestra convencional de algunos alumnos y maestros de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Metodología

Se incluyeron a 31 estudiantes del séptimo semestre, de los cuales 22 (71%) fueron mujeres y 9 (29%) hombres, así como a tres maestros. A los estudiantes se les solicitó responder un cuestionario de 16 preguntas compuesto en su mayor parte por preguntas cerradas, aunque también hubo algunas abiertas. A los docentes se les realizó una entrevista con base en una guía compuesta por 7 preguntas.

El cuestionario para alumnos fue subido a una plataforma de *Google* y el enlace se envió a los estudiantes de séptimo semestre que quisieron participar, no se les pidió ningún dato personal. La aplicación se realizó entre los meses de diciembre de 2020 y enero del 2021. La entrevista a los maestros fue realizada por medio de la plataforma *Zoom*.

Resultados de la encuesta en estudiantes

Con respecto a los estudiantes, en la tabla 1 se muestran las respuestas sobre su experiencia de recibir las clases en línea.

La experiencia fue valorada entre *regular* y *buena*; nadie eligió las opciones de *excelente* o *pésima*.

En relación con el nivel de aprendizaje que creen haber obtenido al recibir las clases en línea, se les pedía otorgar una calificación entre el 1 y el 10. En la tabla 2 aparecen sus respuestas.

Tabla 1. Opinión de los estudiantes sobre su experiencia de los cursos en línea

Experiencia	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0	0.0
Buena	8	25.8
Regular	17	54.8
Mala	6	19.4
Pésima	0	0.0
Total	31	100.0

Llama la atención que un poco más de la tercera parte de los estudiantes se reprobaría.

Para conocer los problemas que más les han afectado durante la pandemia, se hicieron seis preguntas y ellas fueron clasificadas en cinco categorías: docentes (deficiente manejo de las TICs, poco compromiso y responsabilidad), problemas con sus compañeros (relación y apoyo de ellos), los tecnológicos (deficiente servicio de internet, no disponer de equipo de computo), los derivados de la propia pandemia (preocupación de enfermarse, muerte de seres queridos) y los de índole personal (angustia, depresión, apatía, desmotivación). Luego se les pidió que señalaran cuál de estos problemas había sido el más influyente y cual el menos. En la figura 1 aparecen los resultados.

Como puede verse los aspectos personales han sido los que mayor impacto negativo han tenido, y los menos influyentes, fueron sobre sus compañeros y los tecnológicos.

En su mayor parte, algunas de las sugerencias de los alumnos estuvieron dirigidas a sus docentes: se les

Tabla 2. Valoración de los estudiantes sobre su aprendizaje y aprovechamiento académico

Calificación	Frecuencia	Porcentaje
Entre 9 y 10	1	3.2
Entre 6 y 8	19	61.3
De 5 y menos	11	35.5
Total	31	100.0

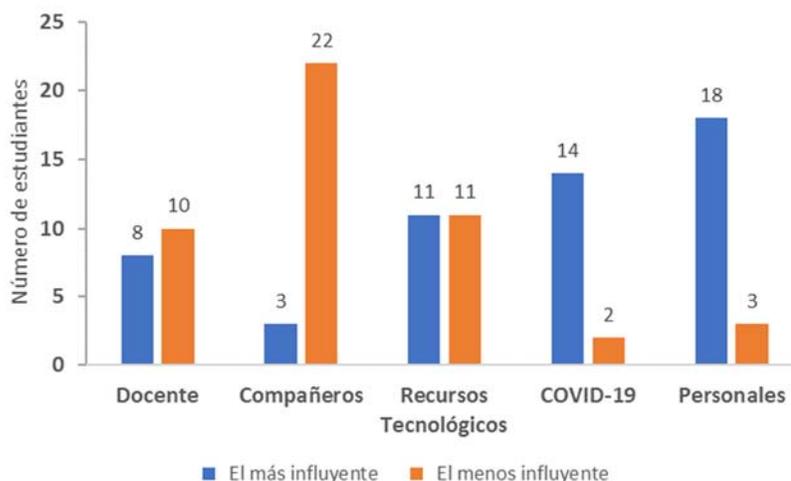
pide ser más empáticos y comprensivos por la situación que están viviendo, disminuir la carga de trabajo, clases más dinámicas, no estar tanto tiempo frente al dispositivo, respetar los tiempos del estudiante y capacitar a los docentes en el manejo de las TICs.

Resultados de la entrevista con los docentes

Dos de los tres profesores consideraron la experiencia de enseñanza en línea como buena y otro la juzgó regular. Para ellos, estas son las ventajas de enseñar en línea: optimización del tiempo porque los estudiantes no se tienen que trasladar, realizar tareas en tiempo real, calificar al instante, grabar las clases, mayor acompañamiento al alumno, así como disponer de imágenes, vídeos y documentos.

Entre las desventajas destacan la poca familiarización con los recursos tecnológicos, los alumnos “fantasma” porque no saben si están en clase o no, la desmotivación de los estudiantes, la mala conexión o calidad de red, deficiente audio, problemas con la transmisión, entre otros.

También concuerdan que no es que los alumnos aprendan más, menos o igual que las clases presen-

Figura 1. Aspectos que han tenido mayor y menor influencia en su aprendizaje

ciales, sino que es un aprendizaje diferente, la situación no es la misma para todos. Han detectado que entre más tiempo pasa, los estudiantes muestran más problemas de salud, emocionales, de organización, familiares, personales, laborales y financieros, lo cual impacta en el rendimiento, propicia la inasistencia, o la demora en la entrega de los trabajos. Están ocupados en hacer las clases más dinámicas.

En cuanto a si están satisfechos o no, las respuestas fueron variadas, ya que por una parte se sienten satisfechos porque como todos han sido resilientes, se han tenido que unir y adaptar con cada grupo, pero por otra, reconocen que en otras materias no se lograron los objetivos esperados. Consideran que la Facultad ofrece cursos de capacitación en TICs, pero no todos los profesores los toman. Sugieren que los docentes sean más sensibles, flexibles y empáticos, evitar clases pesadas, modificar la forma de evaluar y compartir experiencias con docentes de otras facultades.

Conclusiones

Basado en los resultados obtenidos podemos concluir que nuestros alumnos la están pasando mal, su bienestar psicológico, más que ningún otro, se ha visto afectado por la pandemia, lo cual también ha repercutido en su rendimiento académico y asistencia. Llama la atención que varios de ellos se reprobarían a sí mismos, lo que indica el reconocimiento de su deficiente aprendizaje. Estos resultados coinciden con reportes como el formulado por el Banco Mundial (3), en el sentido de que el aprendizaje es otra de las víctimas de esta pandemia.

Hay que distinguir entre la educación en línea y la situación derivada por la propia pandemia. La primera tiene sus ventajas y desventajas, pero fue aplicada de emergencia y sin tener todas las condiciones necesarias; no obstante, los maestros supieron responder a este reto porque los estudiantes no los señalan como un influyente factor problemático, si bien hay acuerdo entre ellos y los profesores entrevistados que necesitan capacitarse en el manejo de las TICs.

Los resultados señalan que lo que más está afectando es la situación personal de los estudiantes, aún más que el aspecto tecnológico. Está bien que los estudiantes sean apoyados para disponer de mejor equipo y conexión, pero parece que la prioridad sería realizar acciones institucionales urgentes para atender los problemas psicológicos de los estudiantes.

Vivimos tiempos inéditos que reclaman respuestas inéditas. Los docentes necesitan esforzarse por entender la situación de los alumnos, ser más empáticos con ellos, ajustar la enseñanza a la misma y ser realistas con las exigencias académicas. En este contexto, los profesores necesitan ser para los estudiantes un alivio y apoyo y no un problema más.

Referencias

1. Redacción. El 50% de los universitarios de todo el mundo están inscritos en cursos de eLearning. Ibercampus es. 2015 13 de julio. Disponible en: <https://buff.ly/3cBMXBp>.
2. García Aretio L. Resistencias, cambio y buenas prácticas en la nueva educación a distancia. RIED Revista Iberoamericana de Educación a Distancia. 2002;5(2):9-35. Disponible en: <https://buff.ly/3wdk8D9>.
3. Grupo Banco Mundial. Covid 19: Impacto en la educación y respuestas de política pública. Washington, D.C.: The World Bank; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3doTy14>.
4. Redacción. Se perdieron en México más de 12 millones de empleos en dos meses. El Financiero. 2020 9 de julio. Disponible en: <https://buff.ly/2PHckcb>.
5. Domínguez Trejo B, Olvera López Y. Coronavirus. Efectos psicológicos de una pandemia: el Estrés. Ciencia UNAM. 2020 13 de mayo. Disponible en: <https://buff.ly/3wdmsdo>.
6. Moreno-Altamirano L, Flores-Ocampo ALEa, Iñarritu MadC, García-García JJ, Ceballos-Rasgado M. Los alimentos ultraprocesados, su efecto en la microbiana intestinal, su relación con el COVID-19 y algunas enfermedades crónicas no transmisibles. COVID-19 Salud Pública y Epidemiología. 2021;2(13):28-34. Disponible en: <https://buff.ly/3cDjJHc>.
7. Ducoing Watty P. Una expresión de la desigualdad en educación básica durante la emergencia sanitaria: el caso de una alumna. En: Casanova Cardiel H, editor. Educación y pandemia: una visión académica. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación; 2020. p. 55-64. Disponible en: http://132.248.192.241:8080/xmlui/handle/IISUE_UNAM/539
8. Universidad Nacional Autónoma de México. Recomendaciones para la transición a la docencia no presencial. Ciudad Universitaria, Ciudad de México: UNAM; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3sCI0hl>.
9. Carlos-Guzmán J, Martínez-Villegas MF, Verdejo-Manzano ME. Una experiencia innovadora para enseñar contenidos psicológicos. Sinéctica. 2017(49):1-18. . Disponible en: <https://buff.ly/3dgOCDO>.
10. Hattie J. Visible learning for teachers : maximizing impact on learning. London; New York: Routledge; 2012.
11. Reyero Sáez M. La educación constructivista en la era digital. Revista Tecnología, Ciencia y Educación. 2019(12):111-27. Disponible en: <https://buff.ly/3rJ50Ks>.
12. Moreno A. Vacunarse va pa largo... y el 79% de los mexicanos lo sabe. El Financiero. 2021 3 de febrero. Disponible en: <https://buff.ly/2PMOuDO>.

Crónica COVID: “antesala de la muerte” o “que sobreviva el más fuerte”*

Gerardo Cabrera Reséndiz (@jose28su)

Consultor. Unidad de Atención Psicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal A.C (UNASSE)



A través de estas líneas quiero compartir con todas y todos mi experiencia de estar internado en el @IMSS por diagnóstico de #COVID19. Mi intención, como muchas veces ha sido, es compartir una reflexión sobre el *acceso a la salud integral* que de acuerdo al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”. Pero ¿es una realidad en nuestro país? Obvio, no.

Al ingresar lo primero que me dicen es: “cuide sus medicamentos (antirretrovirales) y sus cosas porque se lo pueden robar. Al preguntar ¿quién? me dicen “el personal” (los héroes); recordé a Robin Hood que roba a los ricos para dar a los pobres, imaginé que así deben ser los héroes. Me es asignada una cama y de ahí empieza el viacrucis.

1. Las condiciones del equipo son poco favorables: camas que no sirven, colchones que tienen condiciones poco favorables para descansar como lo requiere la atención de COVID, una habitación con mucho frío y equipo como monitores que no sirven (o al menos no están en las condiciones óptimas para dar atención integral de calidad).
2. Me asignan un tratamiento de acuerdo al protocolo, pero la primera sorpresa es “que no siempre nos surten, te lo daremos cuando lo tengamos”. @AMLO ha dicho que tenemos servicios de salud completos y no hay desabasto. “Mi realidad fue otra”: pedí el tratamiento que le dieron al Sr. Presidente porque soy ciudadano como él, pero me dijeron “Bienvenido a su realidad”.
3. El tratamiento me elevaba la glucosa en sangre (soy una persona con Diabetes controlada) y no todos los días me daban el tratamiento. Mis clases de adherencia se fueron al traste, sobre todo porque me ponían la insulina que tenían o había; es decir, combinaban; pero bueno, los enfermeros y enfermeras hacían su trabajo con los insumos que tenían, no les llamaría “héroes” pero sí personas comprometidas que, si tuvieran los insumos necesarios y las condiciones laborales adecuadas, estoy seguro que muchas muertes se evitarían.
4. ¿Atención adecuada?: los “patos” los dejaban en las mesas y no los cambian hasta que se llenan; no tenemos acceso a papel higiénico y el agua la limitan; te dicen: “pida a sus familiares”, y la pregunta es ¿cómo?, si no sube la persona de trabajo social, estamos incomunicados; y si te sabes algún número de celular, las enfermeras te dan oportunidad de que les hables, pero si no conoces o sabes algún número, quedas en indefensión total.

Estar en área COVID me recordó la vulnerabilidad que muchas y muchos usuarios tenemos al ser ingresados y no tener comunicación. Pongo frases que escuché o me dijeron que reflejan el grado de vulnerabilidad a la que nos enfrentamos:

- “No han surtido medicamento, yo a veces espero a que se muera un pacientito para tomar el tratamiento y traerlo a mis pacientes” (enfermera).
- “La ventaja de que estén aquí es que no tenemos a los familiares latosos y podemos hacer lo que queramos” (médica).
- “Pude conseguirle su tratamiento, estaré pendiente por si le consigo más (enfermera).
- “No joven, hoy surtieron, pero no alcanzó usted, espero mañana sí alcance” (enfermera).
- “Tenemos 12 intubados, pero solo tratamiento para 4: ¿a quién se lo damos? (médicos).

Señor @AMLO, @IMSS y @SSA: ¿dónde esté la calidad de la atención? Muchas muertes se pueden evitar con tratamientos básicos como puede ser un *Benzonatato*, *insulina*, y más. Muchas personas ya no acuden al @IMSS por miedo al COVID. ¿Dónde está el dinero para comprar los medicamentos de calidad?

Mérida, Yucatán, 25 de marzo de 2021

* Testimonio publicado originalmente en: Cabrera Reséndiz, Gerardo. Crónica Covid: “Antesala de la Muerte” o “Que sobreviva el mas fuerte” [Internet]. 2021 marzo 25; Disponible en: <https://www.facebook.com/gerardocr1> [se realizaron algunos ajustes editoriales].

TESTIMONIO

UTC-19. Una mirada introspectiva (primera parte)

Luis Antonio M-Ibarra (@luanmtzibarra)

Instructor del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

“Personal de primera línea”, una frase que hemos escuchado frecuentemente en el último año; pero ¿qué significa en realidad?: puede ser un grupo de profesionales de la salud, para algunos son “héroes”, pero al final del día coincidimos en algo, son *seres humanos*. Muchas veces al hablar de sedes hospitalarias exclusivas para coronavirus escuchamos términos como *héroes*, o en contraste, desgarradoras historias de personas que perdieron a sus familiares. Hoy -con gran honor- comenzamos una serie de testimonios viendo el otro lado de la moneda, enfocados en el personal de la *Unidad Temporal Covid-19 (UTC-19)*.



Foto: Gaceta de la Facultad de Medicina, UNAM

Bastan solo un par de minutos dentro de la Unidad para unirse al espíritu que engloba a todos los colaboradores de este hospital. En los vestidores se leen frases como: “*Donde quiera que se ama el arte de la medicina se ama también a la humanidad*”, un recordatorio al personal que se prepara para su turno. Es entonces cuando puedes ingresar a la Unidad empapado de la amabilidad de los encargados de seguridad, para después toparte con un ejército de profesionales de la salud, quienes entre pláticas y risas se entregan durante horas a la atención hospitalaria.

En la planta alta, casi al final del corredor, se encuentra un grupo avanzado de profesionales quienes se encargan de regular el flujo de salida de los pacientes, el equipo de seguimiento en altas. Este grupo se encarga de distintos procesos, las pre-altas, altas y seguimiento; esto implica que sus colaboradores acompañan a los pacientes desde su hospitalización hasta 21 días después de ser dados alta.

El proceso consiste en preparar la documentación para ser dados de alta, acompañar a los pacientes al reencontrarse con sus familiares y realizar llamadas, a las 24 y 72 horas; 7, 14 y 21 días; y en caso de que el paciente haya requerido oxigenación, se realiza un protocolo de seguimiento específico. Además, aquí se realizan protocolos de investigación de la Facultad de Medicina, como registro de signos y síntomas hasta 90 posteriores al alta y barreras de acceso a la atención médica.

El ambiente en el área de seguimiento es ajeno a cualquier jerarquía, un espacio de horizontalidad, al igual que todo el hospital donde existen líderes, pero todos tienen la misma voz. El Dr. Abraham Hernández narra la historia de cómo se creó este ejército de médicos jóvenes: existía una gran cantidad de médicos recién egresados, pero ninguno de ellos podía colaborar en otras instituciones de salud, pues solo contaban con acreditación de su examen profesional y servicio social, pero no tenían cédula profesional.

Incluir a los médicos recién egresados fue un trabajo colaborativo. Existía un grupo de alumnos consejeros de la Facultad de Medicina, representados por el Dr. Hernández, quien presentó la situación al Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci, director de la Facultad de Medicina: “*somos un grupo de recién egresados, queremos apoyar en la pandemia, por eso necesitamos agilizar el proceso de titulación*”. La respuesta del Dr. Fajardo fue la creación de un proyecto en desarrollo, una Unidad temporal, en donde estos médicos recién egresados podrían participar mientras se resolvía el retraso en los trámites administrativos de titulación.

Testimonios

Originalmente se buscaban 80 médicos con la intención de trabajar en la Unidad, aún no se conocían las circunstancias, ni sus funciones. Sin embargo, fue tal la vocación de los interesados que, desde la primera convocatoria interna, se recibieron más de 100 solicitudes. Más adelante, en colaboración con la titular de Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación del Gobierno de Ciudad de México, la Dra. Rosaura Ruiz Gutiérrez, se firmó un acuerdo para admitir a los médicos en proceso de titulación como médicos generales en la Unidad. La *Fundación Carlos Slim* lanzó también su convocatoria, se formaron equipos y se echó a andar este proyecto.

El área de seguimiento surge tiempo después de que la Unidad recibiera a sus primeras dos pacientes el 29 de abril de 2020; era un equipo pequeño donde cada integrante, además de sus labores hospitalarias, se encargaba de realizar más de 30 llamadas al día, según lo que comenta el Dr. Nelson Álvarez. Hoy en día es un equipo más grande, compuesto por médicos y voluntarios quienes a continuación nos contarán sus experiencias.

¿Cómo llegan a la Unidad Temporal Covid-19?

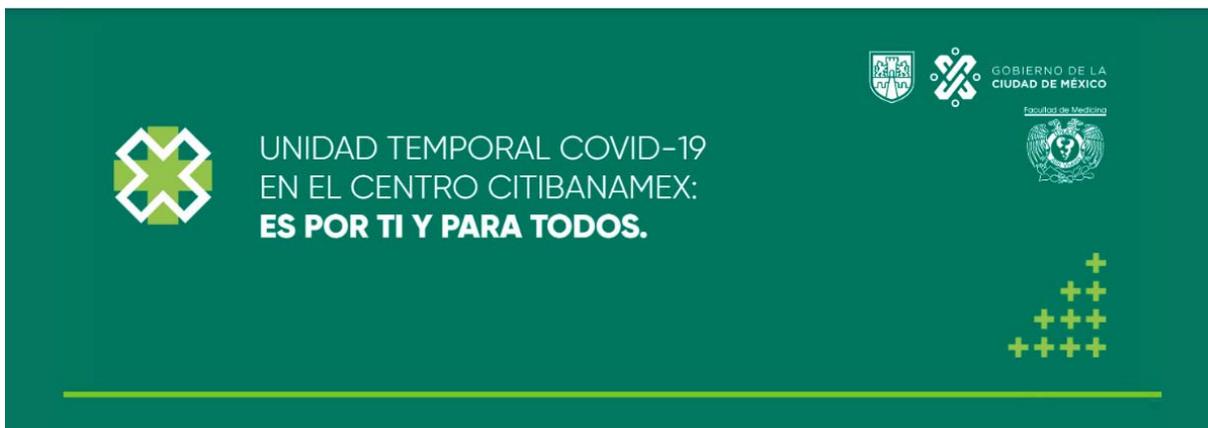
Fernanda Zavala, estudiante de medicina de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, llegó atendiendo a una convocatoria que le fue compartida por sus profesores y ve al hospital como una oportunidad para aprender y aportar su granito de arena al proceso de los pacientes: Nos comenta: *“desde el primer día sentí muchos nervios, a final de cuentas estoy trabajando en un hospital COVID, pero intento dar lo mejor de mí. Me gusta hablar con los pacientes, ellos confían en mí y aprendo mucho aún de materias que no he cursado”*.

Hay otras experiencias, como la que nos compartió el Dr. Julio Gabriel Delgado, egresado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, quien durante su proceso de admisión en el hospital tenía que trasladarse todos los días desde la ciudad de Puebla e invertir 4 horas al día, nada más en tiempo de transportación; finalmente fue admitido en la Unidad y se mudó a la Ciudad de México para iniciar su trabajo.

Incluso nos contaron que hubo médicos que tuvieron que dejar a su familia para evitar poner en riesgo a sus seres queridos, como el Dr. Edwin Cabrera, quien atendió a la convocatoria de los consejeros universitarios de la Facultad de Medicina de la UNAM y dejó su hogar para comprometerse con su trabajo en la Unidad.

También las amistades han perdurado: la Dra. Areli Guzmán egresada Facultad de Medicina de la UNAM y colaboradora el área Terapia Respiratoria Avanzada, nos cuenta cómo se reencontró con amigos como el Dr. Abraham Hernández y su servidor.

Formar parte de la UTC-19 es un compromiso con la sociedad mexicana y un reencuentro contigo mismo, donde reconoces todas tus capacidades y cómo utilizarlas en la atención a los pacientes. Relatos, hay muchos, pero eso lo hablaremos en el siguiente número.



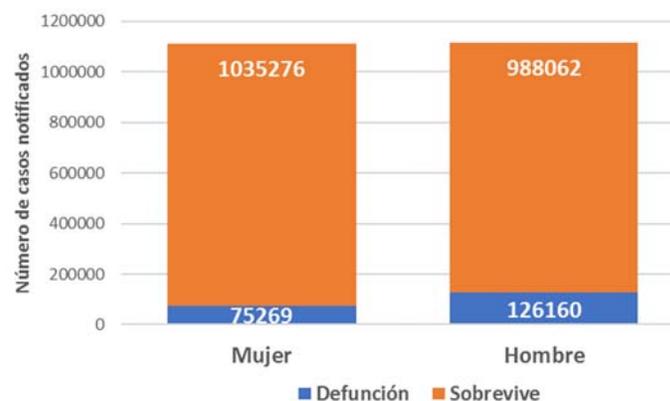
COVID-19: panorama epidemiológico a un año del inicio de la epidemia en México

Abril Violeta Muñoz-Torres (@abrilvioleta1), Alejandra Moreno-Altamirano

Profesoras de Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

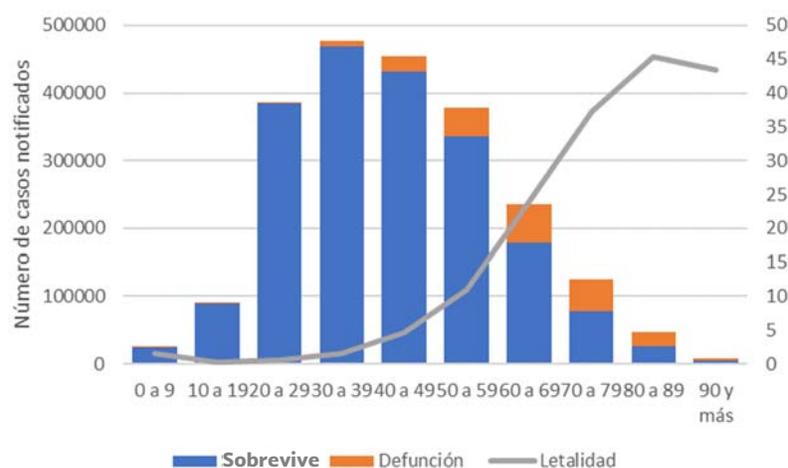
Hasta el día 27 de marzo de 2021, a un año de iniciada la epidemia en México, se han acumulado 2,224,767 casos de COVID-19 notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER) de la Dirección General de Epidemiología (DGE). Su distribución por sexo son 1,110,545 (49.9%) en mujeres y 1,114,222 (50.1%) en hombres. Se han notificado 201,429 defunciones: las mujeres representan el 37.4% (75,269) y los hombres 62.6% (126,160). La letalidad de nacional es de 9.1% para ambos sexos: 6.8% en mujeres y 11.3% en hombres (figura 1).

Figura 1. . Número de casos acumulados de COVID-19 según sexo. México, al 27 de marzo de 2021¹



El mayor número de casos se presenta entre los 20 y 49 años, 17.4 % de los 20 a los 29 años, 21.4% y 20.4% de los de 30 a 39 años y 40 a 49 años respectivamente. El porcentaje de defunciones aumenta con la edad, la letalidad a partir de los 50 años supera a la reportada a nivel nacional, desde 11% en el grupo de 50 a 59 años hasta 45.3% y 43.4% en los grupos de 80 a 89 años, y 90 y más años (figura 2).

Figura 2. Número de casos acumulados de COVID-19, según grupos de edad. México, al 27 de marzo de 2021²



^{1,2} Información al corte de la semana epidemiológica 12 (27 de marzo de 2021).

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 27 de marzo].

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Actualización epidemiológica: 27 de marzo de 2021

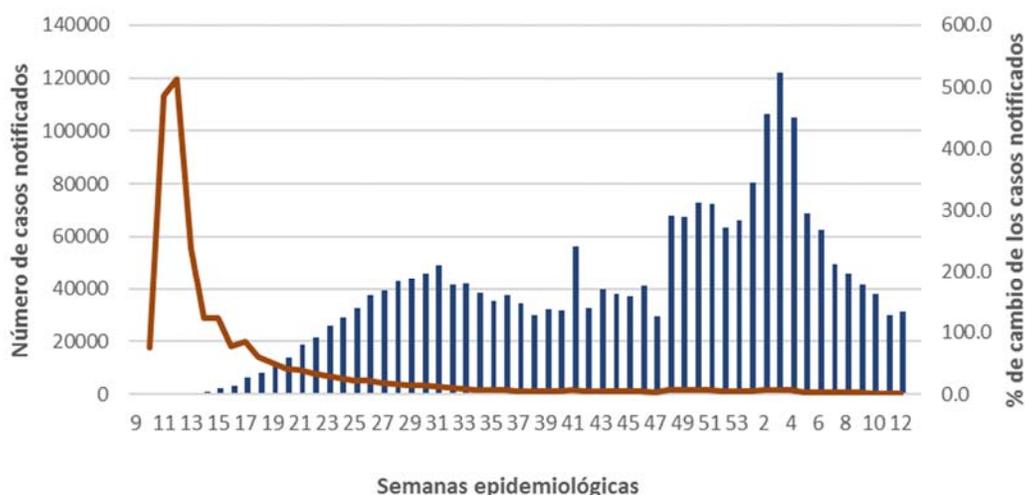
El comportamiento de la pandemia en el país ha variado a lo largo del tiempo: desde un inicio el número de casos en los hombres fue mayor que entre las mujeres, sin embargo, podemos ver que esa brecha poco a poco se ha ido cerrando, actualmente hay una diferencia de 0.2%, mientras que la letalidad a lo largo del tiempo continúa más alta en los hombres.

Es importante señalar que, al inicio de la pandemia, la vigilancia epidemiológica se enfocaba en la detección inmediata de los casos que cumplieran con la definición operacional de caso sospechoso: tos, disnea, fiebre o cefalea, más mialgias, artralgias, dinofagia, etc., además de un resultado positivo en la prueba diagnóstica de laboratorio PCR realizada por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y otros laboratorios reconocidos por el InDRE (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos). Posteriormente, el 15 de octubre de 2020, las autoridades sanitarias del país anunciaron el ajuste de la definición de caso, entre los que se incluyeron: casos confirmados por laboratorio o prueba antigénica positiva a SARS-CoV-2 (paciente con síntomas) y casos confirmados por asociación epidemiológica. En cuanto a las defunciones, se incorporaron las confirmadas por dictaminación, cuando no se le tomó muestra al caso, o bien, cuando sí se tomó la muestra pero no fue válida.

Para realizar el análisis de la pandemia durante este año y poder identificar su comportamiento, se dividió el tiempo en semanas epidemiológicas (SE), desde que se notificó el primer caso el 27 de febrero de 2020 hasta el 27 de marzo de 2021 que coincide con la Semana Epidemiológica 12. En Wuhan, China, se notificaron el 31 de diciembre de 2019 los primeros casos de causadas por el SARS-CoV-2, en México el primer caso notificado fue el día 27 de febrero de 2020 y la primera defunción el día 17 de marzo de 2020 en la Ciudad de México (hombre de 41 años de edad que padecía diabetes).

En la figura 3, se puede observar que al inicio de la pandemia, debido a que eran pocos casos, cualquier cambio en las cifras era muy elevado, conforme han aumentado los casos el incremento porcentual de cambio ha disminuido. Fue durante las primeras semanas (SE 12-2020), que se decidió implementar en el país la Jornada Nacional de Sana Distancia que se llevó a cabo del 23 de marzo de 2020 al 31 de mayo de 2020, se basó en el distanciamiento social, tiempo en el que se suspendieron la mayoría de las actividades. Posteriormente el 1 de junio, el país regresó a la “nueva normalidad” con una apertura paulatina de algunas actividades, además del uso de los semáforos epidemiológicos para que con base en ellos se tomen mejores decisiones para la reapertura de las actividades.

Figura 3. Casos notificados de COVID-19 según Semana Epidemiológica. México 2020-2021³



³ Información al corte de la semana epidemiológica 12 (27 de marzo de 2021).

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 27 de marzo].

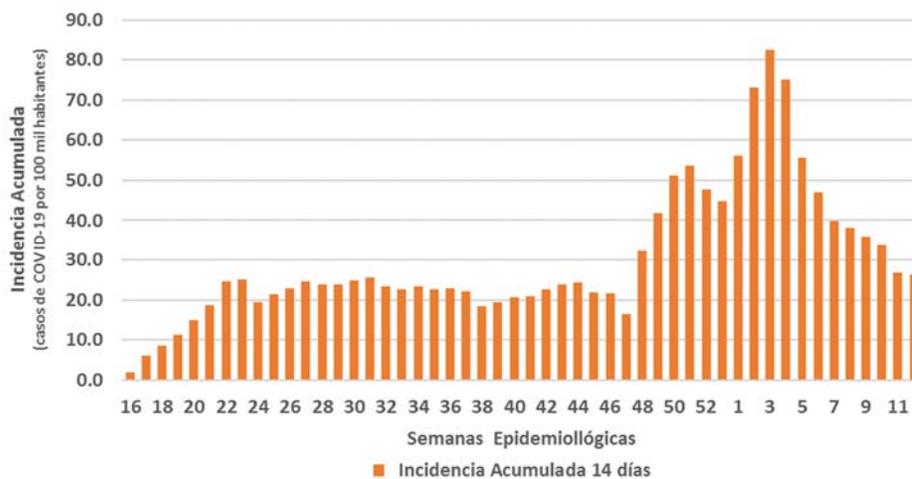
Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/coronavirus-covid-19-comunicados-tecnicos-diarios-historicos-2020>.

Actualización epidemiológica: 27 de marzo de 2021

En la SE 41 –que corresponde a la segunda semana del mes de octubre de 2020– hay un incremento notable de casos notificados al sistema, así como desde la SE 48 (última semana de noviembre 2020) observamos incrementos hasta la SE 4 de 2021 (es decir, hasta el mes de enero de 2021). Debido a este aumento el 34.0% de los casos se concentran en los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021.

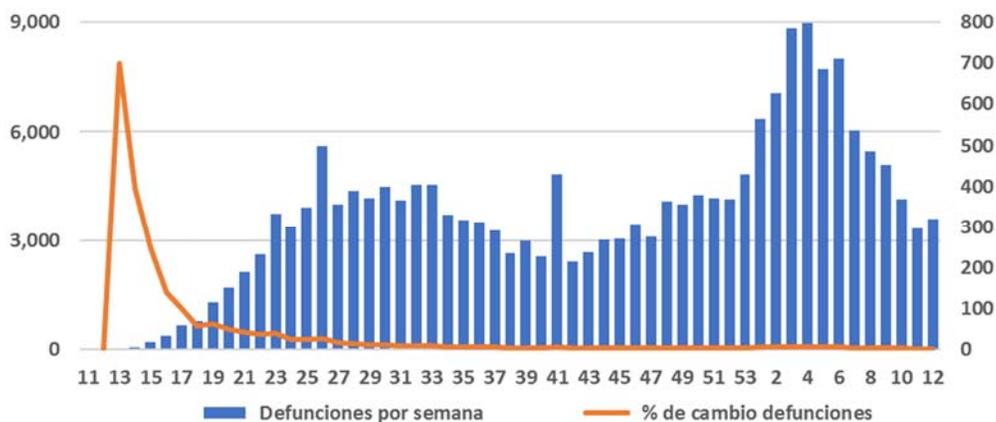
Con relación a la incidencia acumulada, calculada a partir de los casos activos, que son aquellos casos positivos que iniciaron síntomas los últimos 14 días (con lo que es posible identificar una mayor actividad viral y aumento en la transmisión), se observa el mismo comportamiento. A partir de la SE 48 se observa un incremento, el cual alcanza un valor máximo en la SE 3 de este año, posteriormente disminuye paulatinamente (figura 4).

Figura 4. . Incidencia Acumulada de COVID-19 de acuerdo a las Semanas Epidemiológicas. México, 2020-2021⁴



En lo que respecta a las defunciones, en la SE 26 (última semana de junio) se registró una de las semanas con mayor número de defunciones (5,600). Posteriormente se observa una disminución de las mismas, en la SE 41 (segunda semana de octubre), también se aprecia un incremento con 4,842 decesos notificados, así como a partir de la SE 53 de 2020 a la hasta la SE 9 de este año. La semana con mayor número de defunciones es la SE 4 con 8,990. La mayor parte de defunciones se concentran en los meses de enero y febrero de 2021, con el 31.4 % del total. Se puede identificar que el porcentaje de cambio entre las últimas semanas va disminuyendo (Figura 5).

Figura 5. Defunciones notificadas de COVID-19 de acuerdo a las Semanas Epidemiológicas, México, 2020-2021⁵



^{4,5}Información al corte de la semana epidemiológica 12 (27 de marzo de 2021).

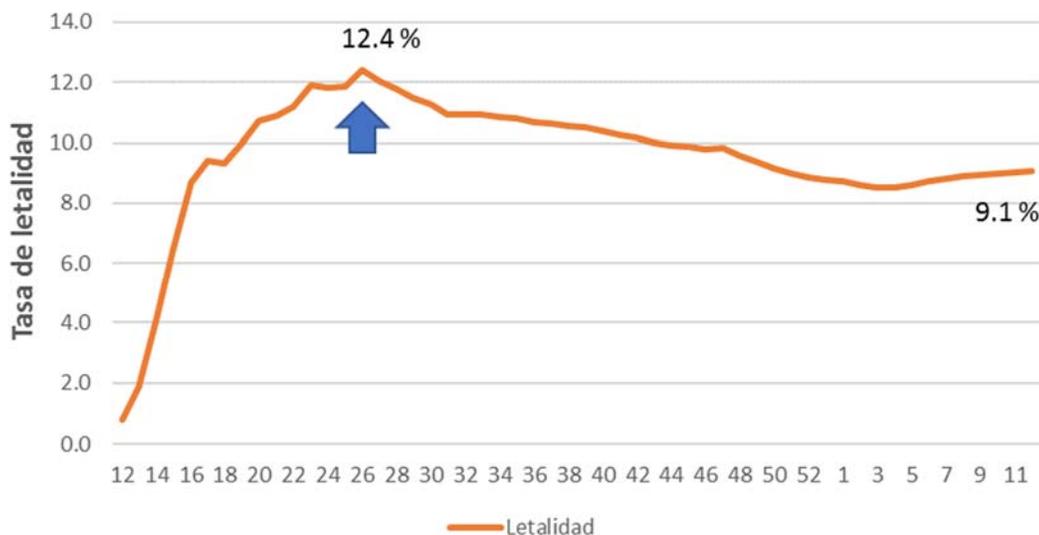
Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 27 de marzo].

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/coronavirus-covid-19-comunicados-tecnicos-diarios-historicos-2020>.

Actualización epidemiológica: 27 de marzo de 2021

En cuanto a la letalidad, la mayor cifra se registró en la SE 26 con 12.4%, la cual ha tenido una tendencia a la baja hasta la fecha (figura 6).

Figura 6. Letalidad por COVID-19 de acuerdo a las Semanas Epidemiológicas . México, 2020-2021⁶



Concluimos que las brechas de ocurrencia de COVID-19 entre mujeres y hombres se van cerrando, mientras que la diferencia en la letalidad se mantiene. Se pueden observar un ascenso de los casos en los meses de diciembre de 2020 a enero de 2021, así como de las defunciones en enero y febrero del presente año, que coincide con la temporada de frío, un periodo vacacional y las fiestas decembrinas, estos elementos pudieron haber intervenido para este aumento. La SE 3 de 2021 presenta la incidencia acumulada, es decir había más casos activos dentro del país lo que representa mayor actividad viral y aumento en la transmisión. Sin embargo, la letalidad muestra una disminución constante, lo cual se puede deber a un aprendizaje en el manejo de la enfermedad.

Es muy importante continuar y reforzar las acciones básicas de higiene, como el lavado frecuente de manos, la limpieza de las superficies con las que tenemos contacto. Continuar si es posible con el distanciamiento social para disminuir los contagios, usar correctamente el cubrebocas sobre todo en espacios públicos y cerrados. Es muy importante mantener ventilados los espacios con la finalidad de disminuir la probabilidad de exposición al virus SARS-CoV-2 causante de la COVID-19, además de mantener una alimentación saludable e incrementar la frecuencia de actividad física, evitar automedicarse en caso de enfermedad y acudir a atención médica en caso necesario. Finalmente, es muy importante participar en la Jornada Nacional de Vacunación contra COVID-19 de acuerdo al calendario nacional.

⁶Información al corte de la semana epidemiológica 12 (27 de marzo de 2021).

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2021. [actualizado al 27 de marzo].

Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

COVID-19: Inmunizaciones en México, marzo 2021[#]

Daniela Hernández-Puente ([dannhnz](#)), Daniel Cruz-Martínez ([LuisDan99913831](#)), Salif Luna-Ávila ([@SalifAvila](#))

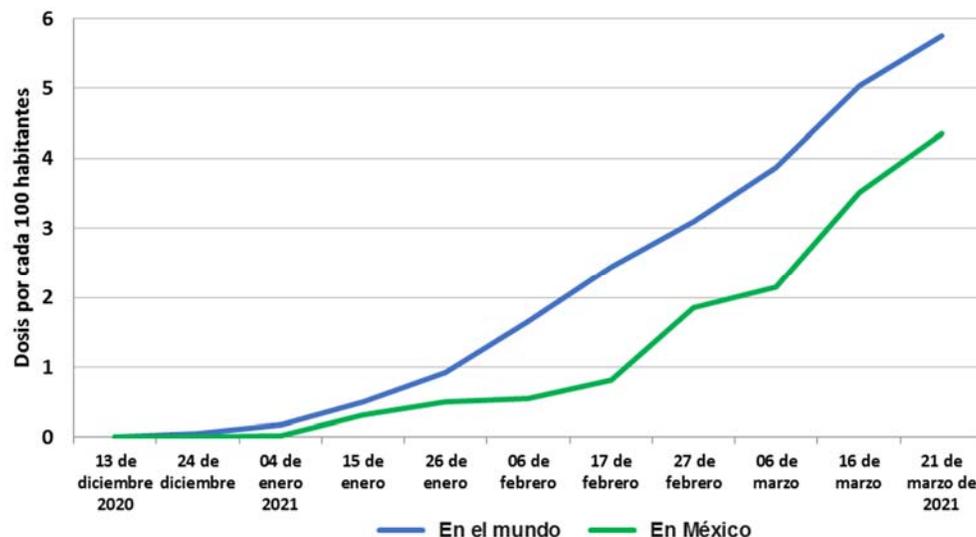
¹Instructores del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción

La actual pandemia que enfrenta el mundo por el nuevo SARS-CoV-2 ha llevado a la creación de múltiples estrategias por parte de cada país, con el propósito de disminuir la incidencia y mortalidad ocasionada por la COVID-19. En este sentido, la vacunación es una de las estrategias de mayor relevancia a nivel mundial. Es por ello que, en México, de acuerdo con las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid-19 (GTAV),¹ se estableció una estrategia en cinco etapas. La primera etapa inició el 24 de diciembre de 2020 con la vacunación del *personal de salud de primera línea* del sector público, es decir, involucrado en la atención de personas afectadas por COVID-19.

Hasta el 21 de marzo de 2021 -a poco más de un año del inicio de la epidemia en México-, se han aplicado un total de 4.35 dosis acumuladas de vacunas por cada 100 personas, un número inferior cuando se le compara con la cifra mundial de 5.75 dosis por cada 100 persona (figura 1).

Figura 1. Dosis acumuladas de vacunas aplicadas contra el SARS-CoV-2 en México y el mundo*



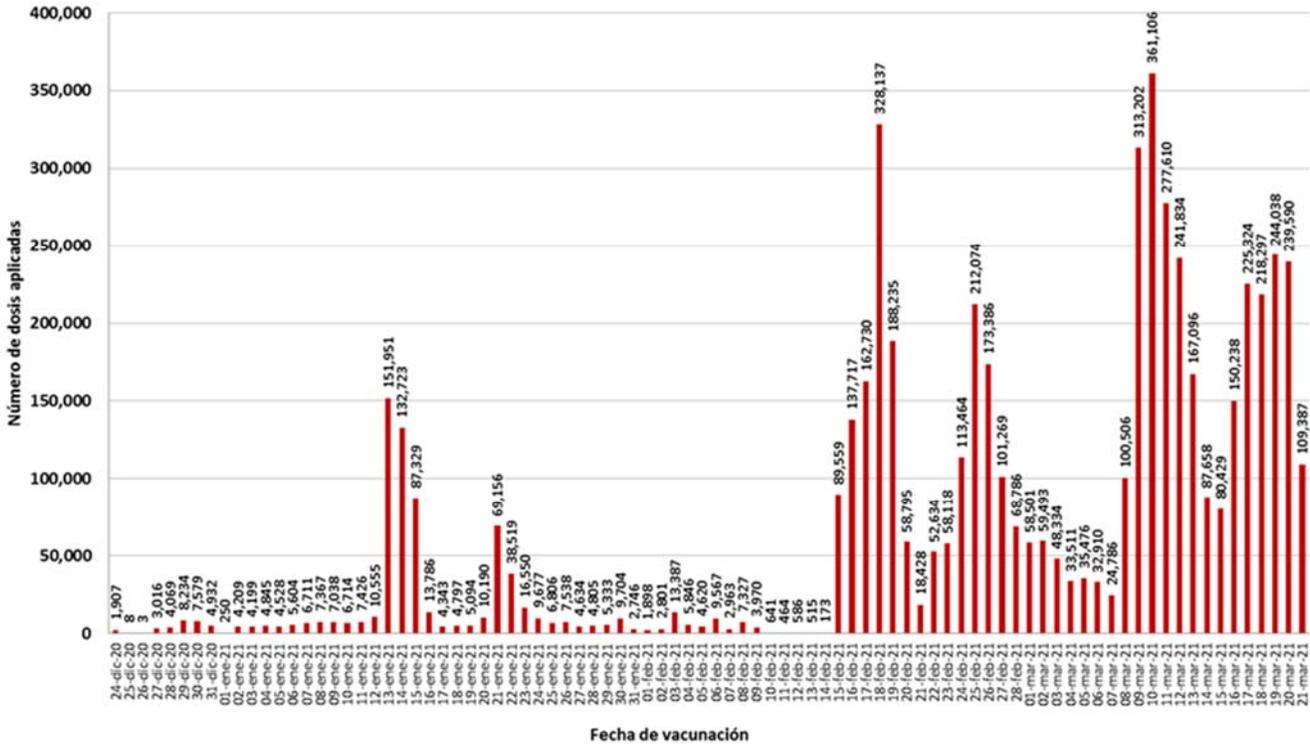
* Datos al 21 de marzo de 2021. Dosis aplicadas no es igual a personas inmunizadas, ya que la mayoría de las vacunas disponibles requieren dos dosis por persona.

Fuente: Referencias 5 y 6.

El 15 de febrero de 2021 arrancó la segunda etapa de la estrategia de vacunación, cuyo objetivo es concluir la vacunación del personal de salud e iniciar la vacunación en personas de 60 años y más. Para su ejecución se ha establecido -por instrucción presidencial- una estrategia federal denominada “Operativo Correccaminos”, cuyo propósito es lograr la cobertura de toda la población mexicana (susceptible a recibir la vacuna) de manera eficaz y eficiente, en los tiempos establecidos. En esta etapa se consideran más de 10 mil puntos de vacunación en las 32 entidades federativas del país. Se tiene previsto que, a mediados del mes de abril de 2020, se hayan vacunado a la totalidad de los poco más de 15 millones de adultos mayores del país. Esta acción -según las autoridades de salud- permitirá reducir un 80% las muertes a causas de la COVID-19.²

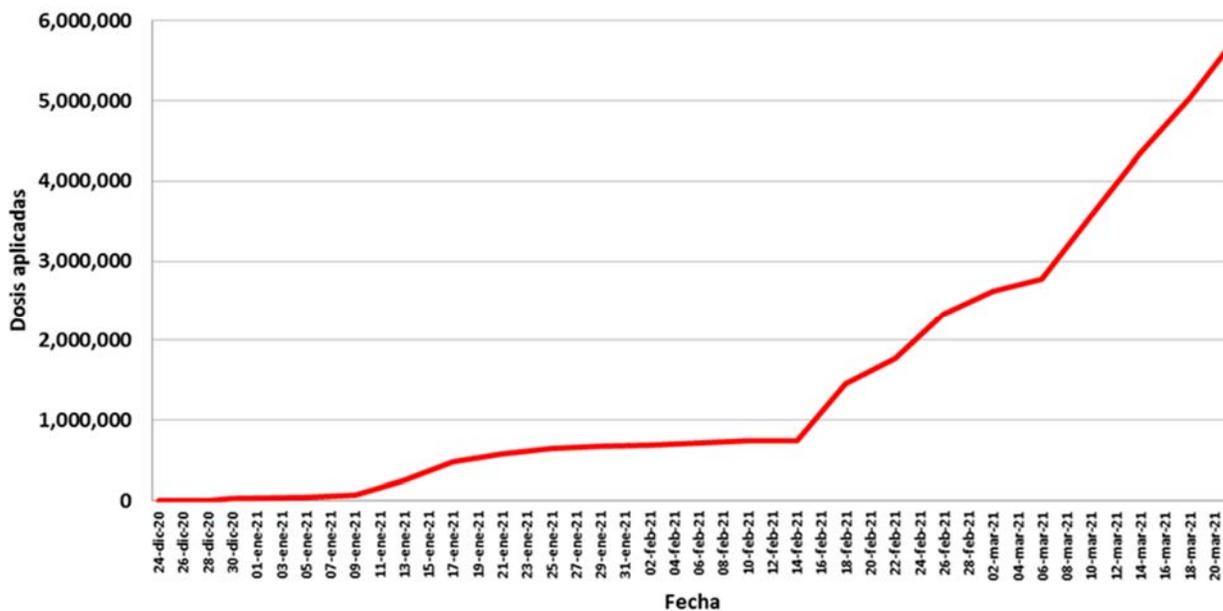
De acuerdo con el avance diario reportado por la Estrategia Nacional de Vacunación (figura 2), el día 21 de marzo de 2021 se reportaron un total de 109,387 dosis aplicadas, que sumadas a las vacunas aplicadas desde el 24 de diciembre de 2020, dan un total de 5,612,291 dosis aplicadas en México (figura 3). Es importante señalar que se tuvo un porcentaje de pérdida reducido (0.6%), representado únicamente 3,493 dosis perdidas.

Figura 2. Dosis de vacunas aplicadas contra el SARS-CoV-2 en México, según fecha de aplicación



Fuente: Referencia 7.

Figura 3. Dosis acumuladas de vacunas aplicadas contra el SARS-CoV-2 en México



Fuente: Referencia 7.

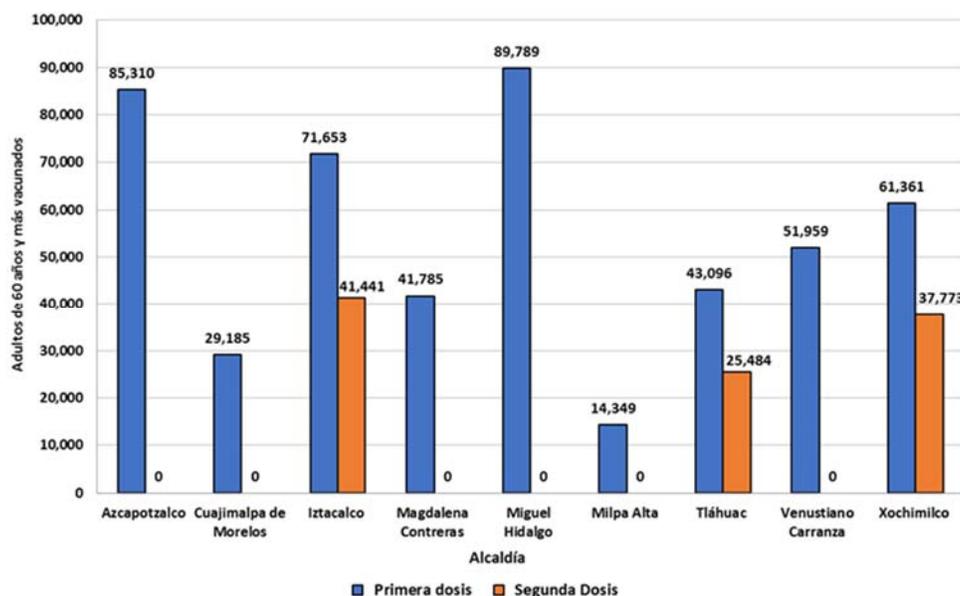
Vacunación de la Ciudad de México (CDMX)

La Jefa de Gobierno de la CDMX, Claudia Sheinbaum Pardo, presentó los lineamientos de la quinta fase de vacunación: se llevará a cabo entre el 24 y 31 de marzo de 2021 en las alcaldías de Coyoacán y Tlalpan,³ que se sumarán a las nueve alcaldías cuyos adultos mayores ya fueron vacunados (Azcapotzalco, Cuajimalpa de Morelos, Iztacalco, Magdalena Contreras, Miguel Hidalgo, Milpa Alta, Tláhuac, Venustiano Carranza y Xochimilco).

La sexta etapa de vacunación se realizará de la siguiente manera: del 30 de marzo al 3 de abril se aplicará la vacuna contra COVID-19 a un total de 338 mil 962 adultos mayores de las alcaldías Álvaro Obregón, Benito Juárez y Cuauhtémoc; y del 2 al 6 de abril se vacunará a 519 mil 129 personas de 60 años y más de las alcaldías Iztapalapa y Gustavo A. Madero.⁴ Esta sexta etapa permitirá ya tener cubiertas las 16 alcaldías de la ciudad, por lo cual se espera alcanzar la meta de vacunar a 1.65 millones de adultos de 60 años y más residentes de la CDMX.

Hasta el 21 de marzo de 2021, un total de 488,487 adultos de 60 años y más ya han recibido la primera dosis de la vacuna en las nueve alcaldías mencionadas. Dentro de las alcaldías que ya están aplicando la segunda dosis se encuentran Iztacalco, Tláhuac y Xochimilco, con un acumulado de 104,698 adultos mayores; se tiene previsto que, para la segunda semana de abril, las alcaldías de Magdalena Contreras, Cuajimalpa y Milpa Alta también inicien la aplicación de la segunda dosis. El avance en la vacunación en la CDMX, según alcaldía y dosis recibidas, se muestra en la figura 4.

Figura 4. Dosis acumuladas de vacunas aplicadas contra el SARS-CoV-2 en adultos de 60 años y más de la Ciudad de México según alcaldía

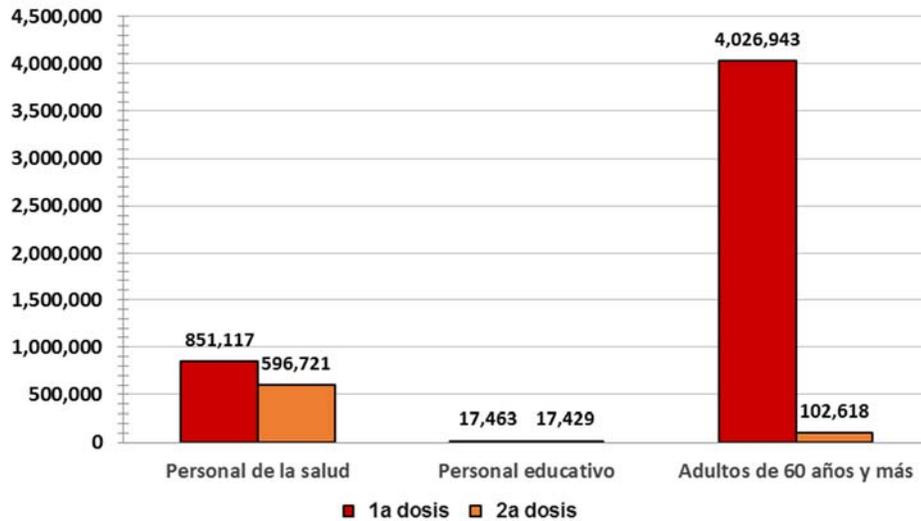


Fuente: Referencia 8.

Vacunación a *personal de salud de primera línea* y maestros de Campeche

En relación con la estrategia de vacunación y los esquemas completos de acuerdo con las dosis administradas, se tienen los siguiente avances: el 70% del *personal de salud de primera línea* del sector público ya cuenta con su esquema de vacunación completo; mientras que, de las 17,463 personas del sector educativo del estado de Campeche, el 99% (17,429 personas) ya recibió su segunda dosis. En el caso de los 4,226,943 adultos mayores vacunados hasta el presente mes, únicamente el 3% ha completado su esquema de vacunación (figura 5).

Figura 5. Dosis acumuladas de vacunas aplicadas, según tipo de población y número de dosis, en México



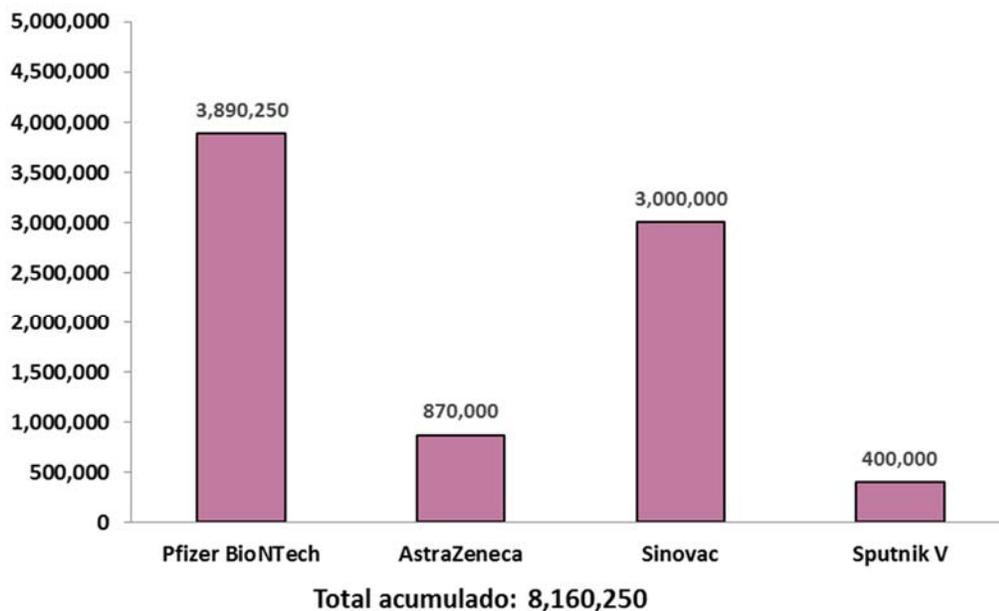
Fuente: Referencia 7.

Dosis de vacunas recibidas en México

México había recibido cuatro tipos de vacuna, todas enmarcadas en una logística específica y orientadas a los grupos poblacionales definidos en la política nacional de vacunación.

Del 24 de diciembre de 2020 al 21 de marzo de 2021, se han recibido un total de 8,160,250 de dosis, de las cuales 3,890,250 unidades fueron de *Pfizer/BioNTech*; 870,000 de *AstraZeneca*, de 3,000,000 de dosis de *Sinovac* y 400,000 dosis de la vacuna rusa *Sputnik V* (figura 6). Sin embargo, al 21 de marzo de 2021, se ha evidenciado una gran diferencia entre la disponibilidad de vacunas y las dosis aplicadas, ya que de acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría de Salud, únicamente se han administrado 5 millones de dosis de los 8 millones disponibles actualmente, lo que muestra serias limitaciones en la organización y ejecución de esta estrategia. México requiere incrementar la velocidad de aplicación de las vacunas para tener un mejor impacto en el control de la epidemia COVID-19.

Figura 6. Dosis acumuladas de vacunas aplicadas contra el SARS-CoV-2 en México



Fuente: Referencia 7.

A modo de conclusión

La Estrategia Nacional de Vacunación contra el SARS-CoV-2 ha tenido aciertos y limitaciones: aunque se han aplicado más de 5 millones de vacunas en solo tres meses, se trata de un cifra que representa una cobertura muy baja del 4.35% del total de la población (dosis por cada 100 habitantes); además, hay problemas de logística y organización que no han permitido acelerar la velocidad con que se están aplicando las vacunas; y conforme continúan llegando los embarques, crece el número millonario de vacunas sin aplicar.

Es necesario cerrar la brecha entre el número de dosis administradas y el número de dosis disponibles. De cualquier modo, esperamos que la estrategia logre cumplir con los objetivos establecidos y se corrijan las debilidades evidenciadas, por el bien de la salud de la población. De no ser así, será muy difícil lograr el control de la epidemia COVID-19 a corto plazo.

Referencias

1. Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid. Priorización inicial y consecutiva para la vacunación contra SARS-CoV-2 en la población mexicana. Recomendaciones preliminares. Salud Pública Méx. 2020;63(2):288-309. Disponible en: <https://buff.ly/39HC3bC>.
2. Redacción. Aplicación de vacunas reducirá 80% mortalidad por Covid-19: expertos. La Jornada. 2021 1 de marzo. Disponible en: <https://buff.ly/3wvh99d>.
3. Martínez A. Vacunación anticovid a adultos mayores en Cdmx continuará en Coyoacán y Tlalpan. Milenio. 2021 21 de marzo. Disponible en: <https://buff.ly/39LvFQn>.
4. Gobierno de la Ciudad de México. Inicia fase VI del Plan Nacional de Vacunación el martes 30 de marzo en Álvaro Obregón, Benito Juárez y Cuauhtémoc, y el viernes 2 de abril en Iztapalapa y Gustavo A. Madero. covid19cdmxgobmx. 2021 28 de marzo. Disponible en: <https://buff.ly/3unRjC5>.
5. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations [Internet]. [Consultado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3kvzqxH>.
6. Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección de Epidemiología [Internet]. [Consultado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2NFBsZr>.
7. Presidencia de la República. Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México 2020. Available from: <https://buff.ly/3ld9bKY>.
8. Gobierno de la Ciudad de México -. Conferencia de prensa sobre el Plan de Vacunación 22 de marzo [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/cxmXOUx>.

Sopa de Letras*

Ariel Vilchis-Reyes (@arielreyee)

Profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

E	M	A	G	K	E	S	T	R	É	S	U	L	N
O	V	E	N	V	A	C	U	N	A	C	I	Ó	N
D	H	S	R	R	E	I	N	O	U	N	I	D	O
E	M	T	T	R	C	P	P	N	K	H	D	P	H
A	M	A	X	E	F	H	X	T	N	Y	O	G	J
L	N	D	Y	S	A	A	C	N	R	E	D	M	Q
S	R	O	C	H	E	E	L	E	C	S	Y	S	R
F	B	S	C	Q	J	I	W	U	O	N	J	A	G
E	U	U	F	D	M	T	L	X	Z	S	M	T	S
Z	R	N	W	I	J	A	G	I	N	D	I	A	J
U	W	I	Y	U	Z	L	O	A	R	J	W	J	O
G	P	D	L	W	Z	I	F	M	É	X	I	C	O
H	S	O	K	Q	S	A	Z	U	P	J	X	J	L
G	B	S	C	L	S	O	M	Y	D	Y	R	H	R

Preguntas

- 1 Hasta el primero de marzo de 2021, fue el país con el mayor número de casos reportados de personas afectadas por COVID-19.
- 2 Hasta el primero de marzo de 2021, fue el país con el mayor número de muertes por millón de habitantes por COVID-19.
- 3 Hasta el primero de marzo de 2021, fue el país que ocupó el décimo lugar con respecto a las vacunas aplicadas por cada 100 habitantes.
- 4 En mayo y junio de 2020, país que presentó una prevalencia de 2.5% de COVID-19 en su población.
- 5 Prueba Elisa para detección de COVID-19 que presentó una especificidad del 99.8%.
- 6 País que en septiembre y diciembre de 2020 reportó una media de positividad serológica por COVID-19 de 30.6%
- 7 Se considera uno de los principales factores para lograr una inmunidad colectiva ante COVID-19.
- 8 Síntoma que se presentó en estudiantes universitarios mexicanos hasta en un 31.9%

Respuestas: Se pueden consultar en la página 27.

* Basado en los artículos publicados en: Boletín sobre COVID-19: Salud Pública y Epidemiología. 2020;2(15).

Disponible en: <https://sites.google.com/view/saludpublica-unam-boletincovid/home>.

INFOGRAFÍA

Infografía del Mes

Daniela Hernández-Puente (@dannhznz), Daniel Cruz-Martínez (@LuisDan99913831)

Instructores del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

Anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la COVID-19

Elaborado por : Daniela Hernández Puente , Daniel Cruz Martínez



¿Qué son?

El SARS-CoV-2 utiliza una **proteína espiga** que facilita su entrada a las células del huésped para inicio de la infección. Los **anticuerpos monoclonales** son proteínas elaboradas en un laboratorio que imitan la capacidad del sistema inmunológico para combatir patógenos dañinos. Estos se dirigen en contra de la proteína espiga del SARS-CoV-2, bloquean su unión a las células del huésped y lo etiquetan para su destrucción.

Terapia disponible

Tratamientos que han recibido autorización de uso de emergencia por la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA):

- **Bamlanivimab**
Eli Lilly, autorizado el 9 de noviembre de 2020.
- **REGN-COV2**
Cóctel de anticuerpos monoclonales compuesto por **casirivimab** e **imdevimab**. Regeneron, autorizado el 21 de noviembre de 2020.

Ventajas:

1. **Reducen hasta un 70%** la hospitalización relacionada con la COVID-19.
2. Muestran una **alta efectividad** en pacientes COVID-19 de bajo riesgo.
- 3- En diciembre de 2020, **fuieron autorizados** por la FDA para su uso de emergencia contra los pacientes COVID-19 leve a moderado en pacientes adultos y pediátricos.

Desventajas:

- 1- **Dificultad** para producir anticuerpos monoclonales debido a la especificidad de fabricación en los sistemas vivos como microorganismos o células vegetales, animales.
- 2- Estos tratamientos médicos se encuentran entre los **más caros del mundo**, esto crea una gran inaccesibilidad para la mayoría de los pacientes que más los necesitan.

Bibliografía

- Ansedo, M. Los fármacos más caros del mundo: la gran esperanza para frenar la pandemia. El País. 22 de octubre de 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/rcycNIC>.
- Food and Drugs Administration. La FDA autoriza el uso de anticuerpos monoclonales para el tratamiento del COVID-19. FDA. 21 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.fda>.
- Kane, A. Anticuerpos monoclonales, un tratamiento contra el covid-19 que las personas tal vez no conozcan. Cable News Network. 16 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://cnn.it/3svvOPj>.
- Plitt, L. Tratamiento de la covid-19: qué son los anticuerpos monoclonales y por qué podrían ser una alternativa contra el coronavirus hasta que haya vacuna. BBC News Mundo. 25 de agosto de 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/Ax3P2Tg>.

UNAM: Regreso Seguro a Clases*

A los titulares de las entidades académicas y académico administrativas de nuestra Universidad:

Ante la aparente desaceleración de la pandemia y la declaración del semáforo sanitario en color naranja en distintas entidades federativas, incluida la Ciudad de México, la UNAM refrenda las disposiciones que para el efecto fueron publicadas en la Gaceta UNAM, del 22 de junio de 2020.

1. Las actividades primordiales para el cumplimiento de los trámites académico administrativos, de investigación y de difusión de la cultura, que se determinen o hayan sido determinados en acuerdos bilaterales en las distintas entidades, podrán llevarse a cabo a partir del décimo día posterior a la entrada en vigor del semáforo sanitario en color naranja, con las medidas de protección e higiene dispuestas en los lineamientos publicados y con el aforo reducido, en horarios escalonados, de personal administrativo.
2. Será hasta diez días después de haber sido declarado el semáforo sanitario en amarillo, cuando la presencia de la comunidad podrá ir incrementándose gradualmente, hasta alcanzar un aforo máximo del 30 por ciento del personal académico y administrativo de los grupos no vulnerables, tal y como se especifica en el comunicado 609 bis, difundido por la Dirección General de Comunicación Social, el 22 de julio de 2020.
3. En esta misma fase, los Consejos Técnicos e Internos de las entidades podrán determinar la pertinencia de un aforo reducido del alumnado para dar cumplimiento a los programas de ciencias clínicas, experimentales o artísticas que se requieran.
4. Las actividades escolares presenciales no se reanudarán sino hasta 10 días después de que el semáforo local se encuentre en verde y el profesorado ya haya sido vacunado.
5. En todo caso, el regreso será gradual de acuerdo a las disposiciones que para el efecto determinen los Consejos Técnicos y el Consejo Académico de Posgrado, con plena observancia de las disposiciones emitidas en los lineamientos para el regreso a las actividades universitarias, en el marco de la pandemia de COVID 19.

En virtud de lo anterior, les solicitamos tener presentes, revisar y difundir en sus comunidades los lineamientos generales para el eventual regreso a las actividades universitarias, publicado en Gaceta UNAM el 22 de junio del 2020**, así como los particulares que hayan sido aprobados por las comisiones locales de vigilancia de cada entidad académica y dependencia administrativa de nuestra Universidad.

#UNAMosAccionesContraLaCovid19
<https://covid19comisionunam.unamglobal.com/>

*Reproducido de: Dirección General de Comunicación Social. Boletín UNAM-DGCS-159. Universidad Nacional Autónoma de México. 2021 22 de febrero. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_159.html.

** Presenta UNAM los lineamientos generales para el regreso a las actividades universitarias en el marco de la pandemia (Boletín UNAM-DGCS-528) [boletín de prensa]. Ciudad Universitaria, 18 de junio 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2V3unsW>.

COVIDtrivia—Respuestas a la Sopa de Letras

E	M	A	G	K	E	S	T	R	É	S	U	L	N
O	V	E	N	V	A	C	U	N	A	C	I	Ó	N
D	H	S	R	R	E	I	N	O	U	N	I	D	O
E	M	T	T	R	C	P	P	N	K	H	D	P	H
A	M	A	X	E	F	H	X	T	N	Y	O	G	J
L	N	D	Y	S	A	A	C	N	R	E	D	M	Q
S	R	O	C	H	E	E	L	E	C	S	Y	S	R
F	B	S	C	Q	J	I	W	U	O	N	J	A	G
E	U	U	F	D	M	T	L	X	Z	S	M	T	S
Z	R	N	W	I	J	A	G	I	N	D	I	A	J
U	W	I	Y	U	Z	L	O	A	R	J	W	J	O
G	P	D	L	W	Z	I	F	M	É	X	I	C	O
H	S	O	K	Q	S	A	Z	U	P	J	X	J	L
G	B	S	C	L	S	O	M	Y	D	Y	R	H	R

Respuestas

- 1 Estados Unidos
- 2 Reino Unido
- 3 México
- 4 Italia
- 5 Roche Elecsys
- 6 India
- 7 Vacunación
- 8 Estrés

Preguntas

- 1 Hasta el primero de marzo de 2021, fue el país con el mayor número de casos reportados de personas afectadas por COVID-19.
- 2 Hasta el primero de marzo de 2021, fue el país con el mayor número de muertes por millón de habitantes por COVID-19.
- 3 Hasta el primero de marzo de 2021, fue el país que ocupó el décimo lugar con respecto a las vacunas aplicadas por cada 100 habitantes.
- 4 En mayo y junio de 2020, país que presentó una prevalencia de 2.5% de COVID-19 en su población.
- 5 Prueba Elisa para detección de COVID-19 que presentó una especificidad del 99.8%.
- 6 País que en septiembre y diciembre de 2020 reportó una media de positividad serológica por COVID-19 de 30.6%
- 7 Se considera uno de los principales factores para lograr una inmunidad colectiva ante COVID-19.
- 8 Síntoma que se presentó en estudiantes universitarios mexicanos hasta en un 31.9%

Normas para autoras y autores

Boletín COVID-19: Salud Pública y Epidemiología es una a publicación mensual del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El Boletín publica textos en español sobre temas de salud pública y epidemiología relacionados con la Pandemia del COVID-19.

Sólo recibe trabajos originales, no publicados y que no hayan sido enviados a publicación a otro medio de difusión o revista.

- Deberá incluir la afiliación institucional de cada autor (y si lo desea, su cuenta de twitter), así como el email del autor de correspondencia.
- La extensión será de 1500-2500 palabras, incluyendo referencias.
- Un resumen (máximo de 100 palabras) y 5 palabras clave.

– Podrán incorporarse un máximo de 4 elementos gráficos (cuadros y/o figuras) en formato Excel editable y/o PowerPoint.

– Los trabajos deberán enviarse en Microsoft Word, tamaño carta, letra Arial de 12 pts., márgenes de 2 cm por lado y espaciado de 1.5 cm.

– Como el público meta más importante son los alumnos de la Facultad de Medicina, es conveniente formular los artículos de manera didáctica.

– No incluir notas a pie de página.

– Las referencias se colocarán al final en formato Vancouver. Disponible en: <https://buff.ly/3ejUN17>

Favor de dirigir su escrito a: enriquebravogarcia@gmail.com

Facultad de Medicina

Dirección

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Secretaría General

Dra. Irene Durante Montiel

Secretaría del Consejo Técnico

Dr. Arturo Espinoza Velasco

Secretaría de Educación Médica

Dr. Armando Ortiz Montalvo

Secretaría de Enseñanza Clínica e Internado Médico

Dra. Ana Elena Limón Rojas

Secretaría de Servicios Escolares

Dra. María de los Ángeles Fernández Altuna

Secretaría del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

Dra. Lilia E. Macedo de la Concha

Secretaría Administrativa

Mtro. Luis Arturo González Nava

Secretaría Jurídica y de Control Administrativo

Lic. Yasmín Aguilar Martínez

División de Investigación

Dra. Marcia Hiriart Urdanivia

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud

Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández

Coordinación de Ciencias Básicas

Dra. Guadalupe Sánchez Bringas

Departamento de Salud Pública

Jefatura del Departamento

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Sección Académica de Enseñanza

Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez

Sección Académica de Vinculación y Trabajo en Comunidad

Dr. Jesús S. Reza Casahonda

Sección Académica de Investigación

Dra. Laura Leticia Tirado Gómez

Área de Evaluación

Dr. Daniel Pahua Díaz

Unidad Administrativa

Lic. Ma. Elena Alfaro Camacho