



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO

Noviembre, 2021

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

SECRETARIO DE SALUD

DR. HUGO LÓPEZ-GATELL RAMÍREZ

SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

MTRO. JUAN ANTONIO FERRER AGUILAR

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR

MTRA. MARICELA LECUONA GONZÁLEZ

ABOGADA GENERAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD

MTRO. MARCO VINICIO GALLARDO ENRÍQUEZ

TITULAR DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y A CARGO DEL
DESPACHO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y A CARGO DEL
DESPACHO DE LOS ASUNTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. CHRISTIAN ARTURO ZARAGOZA JIMÉNEZ

DIRECTOR DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

DRA. SANTA ELIZABETH CEBALLOS LICEAGA

DIRECTORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES

DR. JONATHAN UTIEL RIVAS DÍAZ

SUBDIRECTOR DE SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

DRA. ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA EPIDEMIOLÓGICA

MTRA. IRMA LÓPEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DEL INSTITUTO DE
DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

MGS. LUCÍA HERNÁNDEZ RIVAS

DIRECTORA DE SERVICIOS Y APOYO TÉCNICO DEL INSTITUTO DE
DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICOS

DR. GABRIEL GARCÍA RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE EQUIPOS ESPECIALES DE EMERGENCIAS

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. RICARDO CORTÉS ALCALÁ

DIRECTOR GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

DRA. LUZ ARLETTE SAAVEDRA ROMERO

DIRECTORA DE ESTRATEGIAS Y DESARROLLO DE ENTORNOS SALUDABLES

ING. LILIA YÁÑEZ MERCHANT

SUBDIRECTORA DE ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

DR. DWIGHT DANIEL DYER LEAL

DIRECTOR GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

CENTRO OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS

Dr. ABEL PERALTA BENITEZ

DIRECTOR DEL CENTRO OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS

COLABORADORES

DRA. NILZA ASLIM ROJAS ARROYO

SUBDIRECTORA DE ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

DR. JUAN FRANCISCO ROMÁN PEDROZA

APOYO TÉCNICO A LA DIRECCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA
EPIDEMIOLÓGICOS DEL INDRE

DR. JOSÉ ERNESTO RAMÍREZ GONZÁLEZ

TITULAR DE LA UNIDAD DE DESARROLLO TECNOLÓGICO
E INVESTIGACIÓN MOLECULAR DEL INDRE

DRA. TANIA VILLA REYES

MÉDICO SUPERVISOR EN ÁREA NORMATIVA

DRA. ELENA MONSERRAT LICONA LEÓN

CONSULTORA PARA LOS LABORATORIOS DE COMUNICACIÓN DE RIESGOS

DR. GUILLERMO CARBAJAL SANDOVAL

SUBDIRECTOR DE SISTEMAS ESPECIALES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DRA. PAULINA SÁNCHEZ NOVOA

COORDINADORA NACIONAL DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE EPV Y ESAVI

DRA. ALINE MARIEL SAUCEDO HERNÁNDEZ

RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE EPIDEMIOLOGÍA

DR. SAMUEL EHECATL SCHULZ MEDINA

RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. RUTH PURÍSIMA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

ENLACE TÉCNICO DIRECCIÓN. GENERAL

DRA. ANDREA NAES OVANDO

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE EPIDEMIOLOGÍA

DRA. PAMELA MELISA GARCÍA SORIANO

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE EPIDEMIOLOGÍA

Informe integral COVID-19 en México

Informe Integral de COVID-19 en México

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Epidemiología
Francisco de P. Miranda 157 - 4º Piso,
Unidad Lomas de Plateros, Álvaro Obregón,
Ciudad de México 01480
www.gob.mx/salud

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido, siempre y cuando se cite la fuente.

México, 2021

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	9
PANORAMA INTERNACIONAL DE LA PANDEMIA	10
PANORAMAS REGIONALES	10
LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO	13
2.1. VIGILANCIA SINDROMÁTICA DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA VIRAL EN MÉXICO	13
2.2. VIGILANCIA ESPECÍFICA DEL VIRUS SARS-CoV-2	13
2.2.1. CASOS ACTIVOS, CASOS ACTIVOS ESTIMADOS, CURVA EPIDÉMICA	14
2.2.2. ÍNDICE DE POSITIVIDAD NACIONAL Y POR ENTIDAD FEDERATIVA.	20
2.2.3. VIGILANCIA GENÓMICA DEL SARS-CoV-2 EN MÉXICO	25
2.2.4. OCUPACIÓN HOSPITALARIA	27
2.2.5. MORTALIDAD	36
2.2.5.1. DEFUNCIONES SISVER	36
2.2.5.2. EXCESO DE MORTALIDAD EN MÉXICO	39
2.3. SEMÁFORO DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO	40
IMPACTO DE LA EPIDEMIA EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	42
3.1. POBLACIÓN QUE SE RECONOCE COMO INDÍGENA	42
3.2. POBLACIÓN MIGRANTE	45
3.3. COMPLICACIONES DE LA COVID-19 EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	47
3.4. LA COVID-19 EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	51
3.5. POBLACIÓN ADULTA MAYOR	56
3.6. COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD	62
VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 Y EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN	67
4.1. ANTECEDENTE DE LA POLÍTICA NACIONAL DE VACUNACIÓN	67
4.2. PANORAMA NACIONAL DE LOS ESAVI	68
4.2. DESCRIPCIÓN DE ESAVI POR MARCA DE VACUNA	71
PANORAMA DE LA MOVILIDAD	75
5.1. IMPACTO DE LA MOVILIDAD EN LA PRESENTACIÓN DE LA EPIDEMIA EN MÉXICO	75
CONCLUSIONES	78

INTRODUCCIÓN

La actual pandemia de COVID-19 por SARS-CoV-2 continúa como prioridad en salud pública, ante lo cual ha resaltado la importancia de la cooperación multisectorial e interdisciplinaria para su prevención, control y mitigación.

En México, el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Respiratorias Virales (SISVER), recopila los datos nacionales de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica de índole respiratoria, incluyendo COVID-19 y es pilar fundamental para la toma de decisiones, sin embargo, la vigilancia de este padecimiento, debe apoyarse de lo observado en el dinamismo de la pandemia, visto desde el ángulo de la vigilancia epidemiológica y por laboratorio, Comunicación de riesgos, Vacunación anti COVID-19, vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación (ESAVI), hospitalizaciones en la Red IRAG, semaforización del riesgo epidémico y exceso de mortalidad.

De esta manera, es posible mantener actualizada de forma diaria la situación en salud del país y observar el comportamiento de la enfermedad en la población. Así también, es posible orientar la toma de decisiones en salud pública e implementar acciones particulares en grupos de población vulnerable.

El presente informe analiza de forma integral el comportamiento de la epidemia de COVID-19 en México, desglosando los componentes de vigilancia epidemiológica, laboratorio, hospitalización, vacunación, ESVI, comunicación de riesgos, semaforización y mortalidad.

OBJETIVOS

Unificar la información de la epidemia en México de COVID-19 desde un punto de vista interdisciplinario y multisectorial e que sea instrumento de comunicación de puntos clave y de conocimiento público.

Servir como informe de referencia para la toma de decisiones en el ámbito de salud pública.

Analizar de forma conjunta y desde diferentes ángulos un mismo fenómeno epidemiológico.

PANORAMA INTERNACIONAL DE LA PANDEMIA

Panoramas regionales

En la 9^a reunión del Comité de Emergencia del viernes 22 de octubre de 2021, el Director General de la OMS determinó que la pandemia de COVID-19 continúa constituyendo una ESPII.

Hasta la semana epidemiológica número 45 de 2021 se han registrado 252,826,597 casos acumulados de COVID-19, lo que significa 3,204.08 casos por cada 100,000 habitantes a nivel mundial. La región de la OMS que tiene más casos acumulados registrados continúa siendo la región de América (38%). Seguida de Europa (32%), Asia Sudoriental (18%), Mediterráneo Oriental (7%), Pacífico Occidental (5%) y África (1%). En los últimos 15 días se han registrado 6,449,709 casos adicionales; de los cuales 3,346,517 casos se registraron en la última semana. [Gráfica 1]

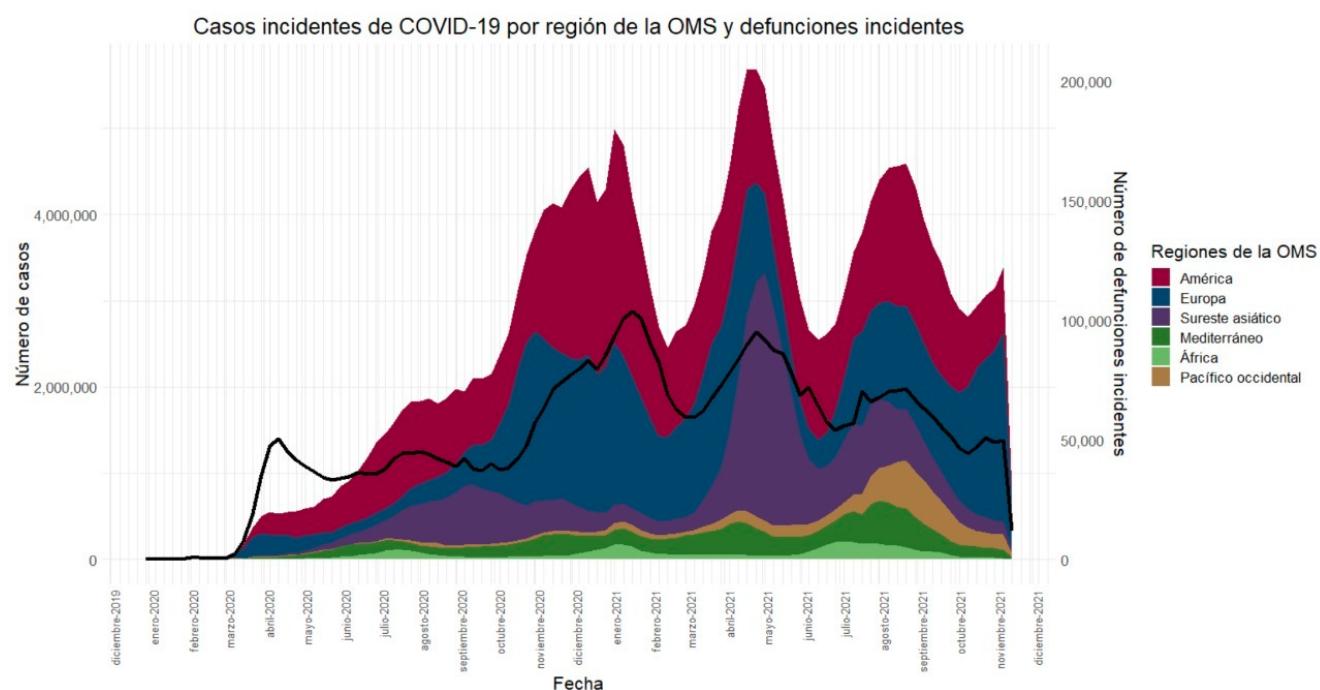
A nivel global se han acumulado 5,092,761 defunciones de COVID-19. Las regiones que más acumulan defunciones son América (46%) y Europa (29%). En los últimos 15 días se han registrado 98,287 defunciones adicionales; de las cuales 49,584 defunciones se registraron en la última semana. La tasa de letalidad (T. L.) global calculada es de 2.01%; por región, América tiene la más alta T. L. de 2.5%. Al calcular dicha tasa con datos de la última semana epidemiológica (SE 45) se obtiene una letalidad del 1.48%. En esa semana la región de África tiene la letalidad más alta (T. L. 2.59%).

Los casos que corresponden a los últimos 14 días, que son los que se denominan casos activos; y que todavía cursan con la enfermedad, desde el 1 de noviembre de 2021, reúnen 6,449,709; lo que representa una diferencia de 242,187 casos más en comparación con la semana previa. El 58.85% de los casos activos corresponde a la región de Europa, seguido de América (24.18%), Asia Sudoriental (6.32%), Pacífico Occidental (5.89%), Mediterráneo Oriental (4.07%) y África (0.70%).

Al calcular el porcentaje de cambio de la proporción de casos activos por cada región de la OMS de una semana previa a la del reporte, resulta que todas las regiones tuvieron disminución de casos activos; excepto Europa, que presentó 13.07% de aumento de casos activos. África registró -15.60%, América el -4.53%, Mediterráneo Oriental -8.38%, Asia Sudoriental -8.29%, y Pacífico Occidental -8.34%. A nivel global en los casos activos se presentó un aumento del 4.22%.

Informe integral COVID-19 en México

Gráfica 1. Casos y defunciones de COVID-19, por región de la OMS y semana de reporte



Fuente: SALUD/SPPS/DGE/DIOE-UIES: Construida con datos de WHO-COVID-19-GlobalData-07/NOV/2021.

Figura 1. Casos activos de COVID-19, del 31 de octubre al 7 de noviembre de 2021



Fuente: SALUD/SPPS/DGE/DIOE-UIES: Construida con datos de WHO-COVID-19-GlobalData-07/Nov/2021.

Circulación mundial de variantes de preocupación

Las variantes de preocupación (VOC, por sus siglas en inglés) son aquellas que cumplen con la definición de variante de interés (VOI, por sus siglas en inglés) y, a través de una evaluación comparativa, se ha demostrado que están asociadas con un aumento de la transmisibilidad, la virulencia, cambio en la presentación de la enfermedad clínica o disminución de la eficacia de las medidas de salud pública y sociales o diagnósticos disponibles, vacunas o terapias. Del 27 de abril al 7 de noviembre la variante Alfa se ha notificado en 196 países, la variante Beta en 145 países, la variante Gamma en 101 países y la variante Delta se informó en 194 países.

LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MÉXICO

2.1. Vigilancia sindromática de la enfermedad respiratoria viral en México

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral se enfoca principalmente en la detección inmediata de casos que cumplan con la definición operacional de sospechosos, con la finalidad de contener la propagación del virus en la población mexicana.

Para lograr dicho objetivo se estableció un sistema altamente sensible que detecta los casos sospechosos de enfermedad respiratoria viral que cumplan con la definición operacional en cualquier unidad de salud (pública o privada), con la finalidad de detonar las acciones de vigilancia epidemiológica y por laboratorio, atención, prevención y control correspondientes, dirigidas a eliminar los riesgos de transmisión del padecimiento.

Por lo que alineados a la vigilancia epidemiológica, se han elaborado definiciones operacionales que tienen como objetivo realizar una medición estandarizada de las características que deben cumplir los casos ingresados a un sistema, a efecto de unificar los criterios para su identificación, notificación y seguimiento, las cuales se caracterizan por tener elevada sensibilidad, con la finalidad de detectar la mayoría de los casos a través de los signos y síntomas más frecuentes reportados hasta el momento, así como por los antecedentes epidemiológicos de los casos.

La especificidad del diagnóstico clínico está determinada por los resultados de laboratorio y pruebas antigénicas, por lo que es fundamental contar con una adecuada toma de muestra de los casos para las pruebas que se describen en los siguientes apartados.

La vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral, se lleva a cabo a través de:

1. La vigilancia centinela, en las 475 unidades médicas denominadas Unidad de Salud Monitora de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER).
2. Vigilancia en el resto de las unidades médicas NO USMER, del 100% de los casos que cumplan definición de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

2.2. Vigilancia específica del virus SARS-CoV-2

La información que se presenta es el resultado del sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad respiratoria viral (SISVER), la cual se obtiene a partir del estudio

epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral, el cual se aplica a toda persona que cumpla con la definición operacional vigente y la notificación de estos, se realiza a través de la plataforma informática del SISVER componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que gestiona la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Este informe contiene la información de los casos sospechosos, confirmados, negativos y defunciones notificadas en SISVER con corte por fecha de inicio de síntomas al 6 de noviembre de 2021 y cuyo objetivo es proporcionar información detallada de las características de los casos de COVID-19 hasta el momento del presente documento.

A partir de la semana epidemiológica 40 del 2020, con la cual inicia la temporada de influenza estacional (semana 40 del 2020 a la 20 del 2021) se incorpora al reporte la información de todos los casos estudiados en SISVER, incluyendo otros virus respiratorios desde la primera semana epidemiológica de 2020, con el propósito de tener la información necesaria para las estimaciones de influenza y el comportamiento que vaya presentándose junto con la actual epidemia de SARS-CoV-2.

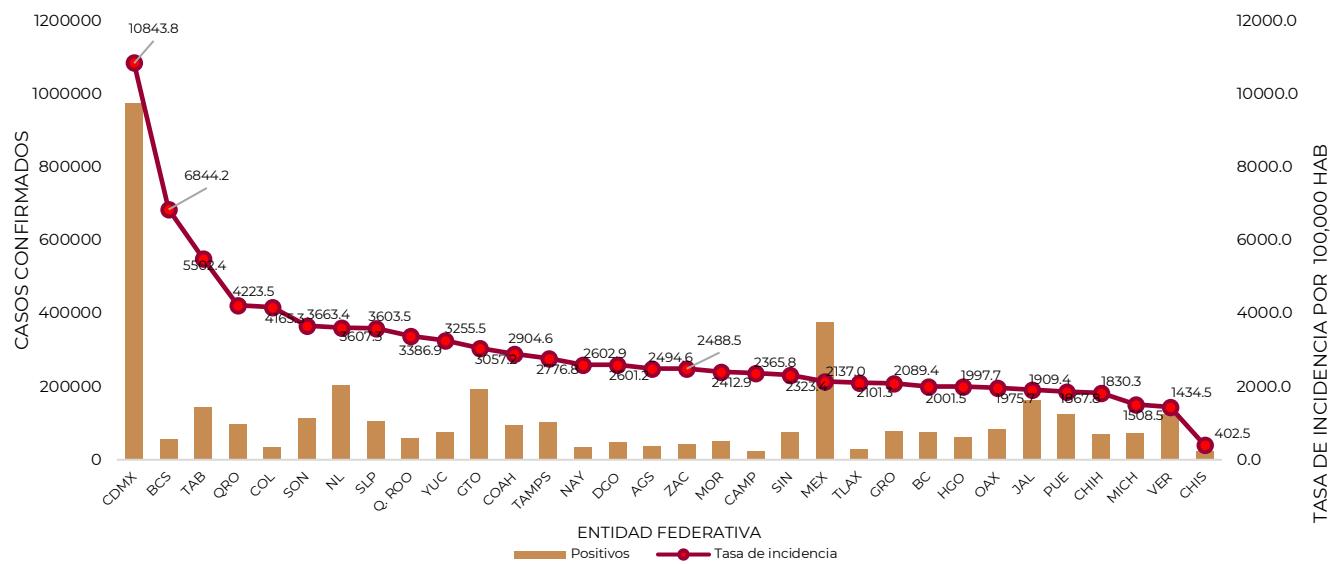
La variable de asociación y dictaminación clínica - epidemiológica, se incorporó al estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral y a la vigilancia epidemiológica, con el objetivo de tener un mejor acercamiento al comportamiento de la epidemia en el país.

2.2.1. Casos activos, casos activos estimados, curva epidémica

El análisis nacional integra, la notificación de los casos totales acumulados, que para este corte de información ascienden a 3,938, 995 los cuales incluyen casos y defunciones con asociación o dictaminación clínica-epidemiológica desde la semana epidemiológica 1 del 2020 a la semana 44 de 2021.

La gráfica siguiente muestra la distribución por entidad federativa de residencia de los casos totales acumulados (3,938, 995) y la tasa de incidencia. La ciudad de México desde el inicio de la pandemia ha concentrado el mayor número de casos y su tasa de incidencia acumulada por 100,000 habitantes, también es la mayor, seguida de Baja California Sur y Tabasco.

Gráfica 1. Casos totales acumulados y tasa de incidencia por entidad federativa de residencia



Fuente: Ssa/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe COVID-19 México/16 de noviembre de 2021 (corte 09.00h)

La tasa de incidencia acumulada nacional es de 2,976.38 casos por 100,000 habitantes. Hasta esta fecha, se han notificado un total de 11,538,081 personas en todo el país (incluye casos totales, negativos y sospechosos totales).

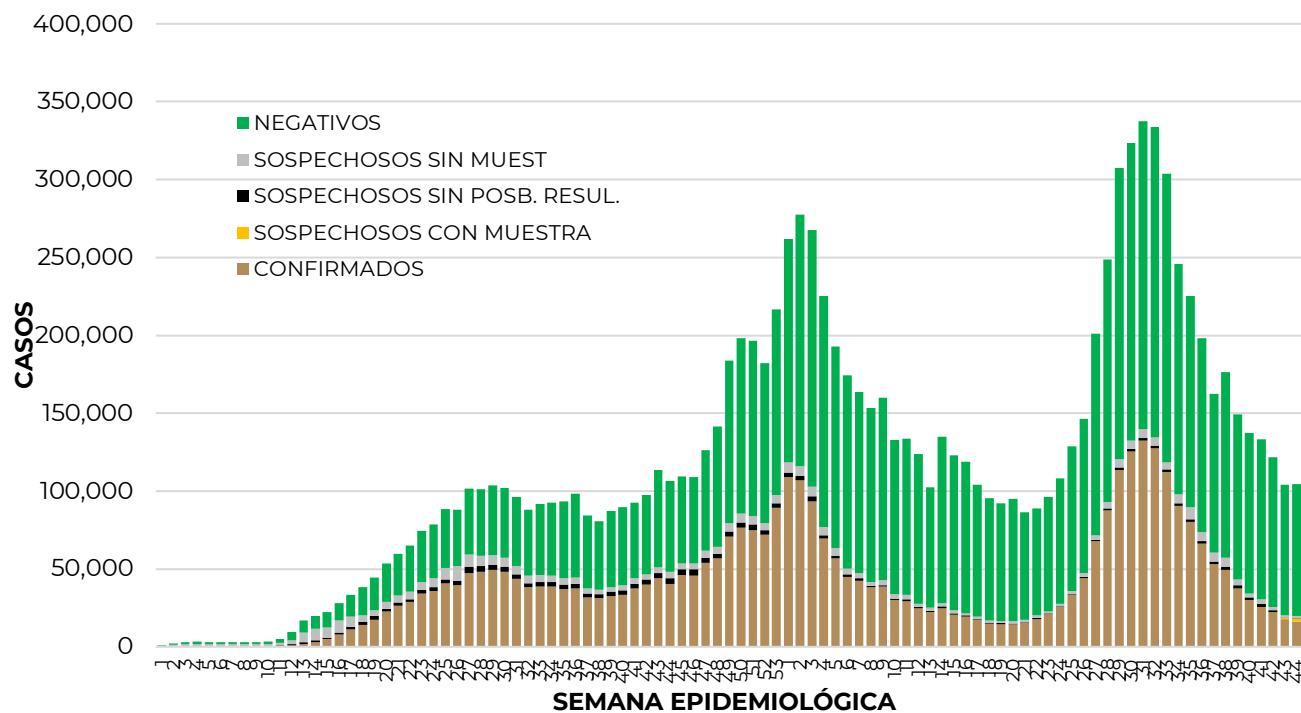
La siguiente gráfica de barras apiladas, muestra la distribución por semana epidemiológica según su fecha de inicio de síntomas de los casos totales, negativos y los sospechosos totales, que a nivel nacional ascienden al momento a 547,778 los cuales incorporan:

- Los que cumplían con la definición de caso pero no se les tomó una muestra, acorde a los lineamientos de muestreo del SISVER en unidades USMER y no USMER;
- aquellos a quienes se les tomó una muestra pero sin posibilidad de emitir un resultado¹, y;
- aquellos que se encuentran bajo estudio es decir, sospechosos con muestra. Y los casos negativos que corresponden a 7,151,308.

¹Muestra rechazada, no recibida, no adecuado, no amplífico, sin células y sin aislamiento

Informe integral COVID-19 en México

Gráfica 2. Casos confirmados, negativos y sospechosos con y sin muestra



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte)

Curva epidémica, casos activos y estimados

Gráfica 3. Curva epidémica de casos confirmados totales de COVID-19

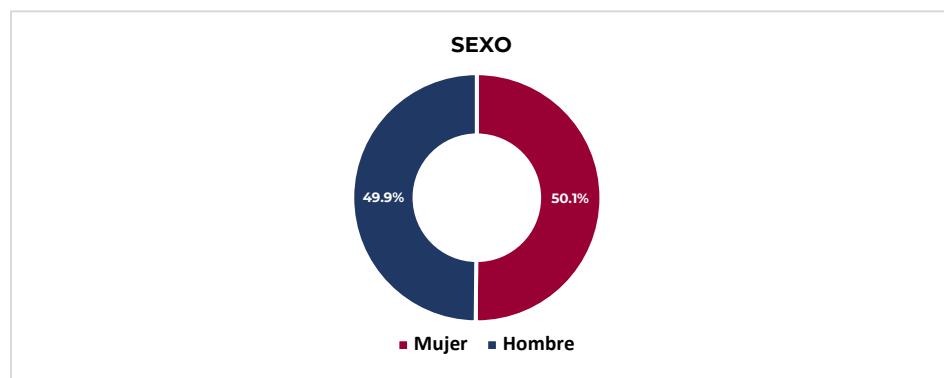


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte)

La curva epidémica permite observar el comportamiento de los casos confirmados por COVID-19 según fecha de inicio de síntomas y muestra las tres olas que hasta el momento se han registrado en el país. Actualmente se aprecia un franco descenso con un comportamiento más hacia la endemicidad.

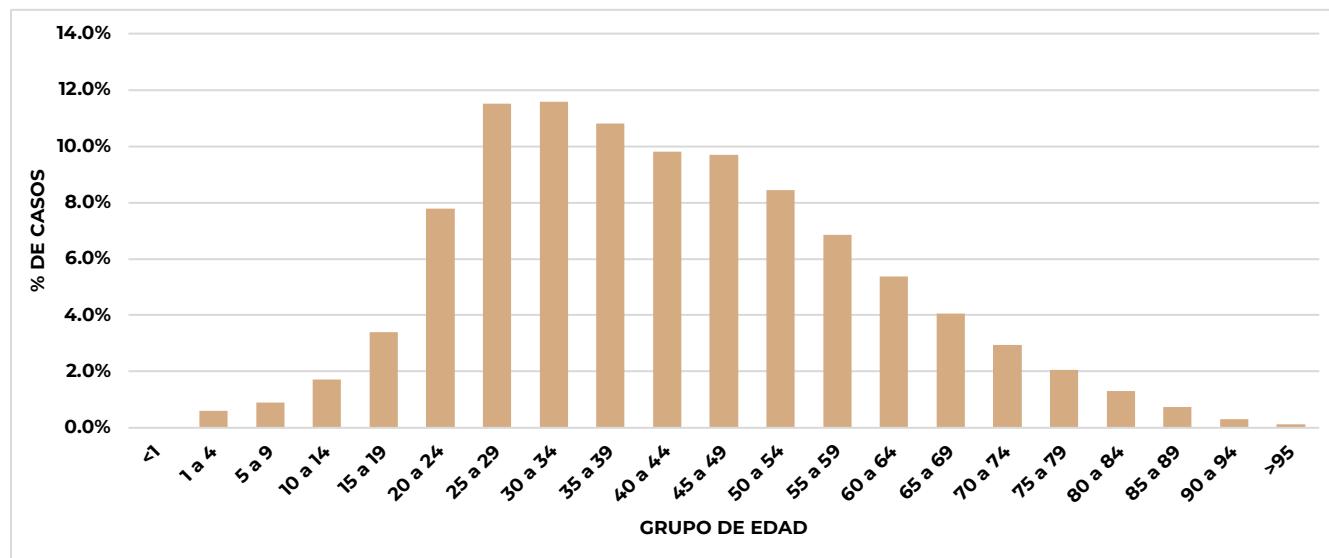
La distribución por sexo en los casos confirmados muestra un predominio prácticamente igual en hombres (49.9%) y en mujeres (50.1%). La mediana de edad en general es de 39 años.

Gráfica 4. Distribución de casos confirmados de COVID-19 sexo



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

Gráfica 5. Distribución de casos confirmados de COVID-19 edad

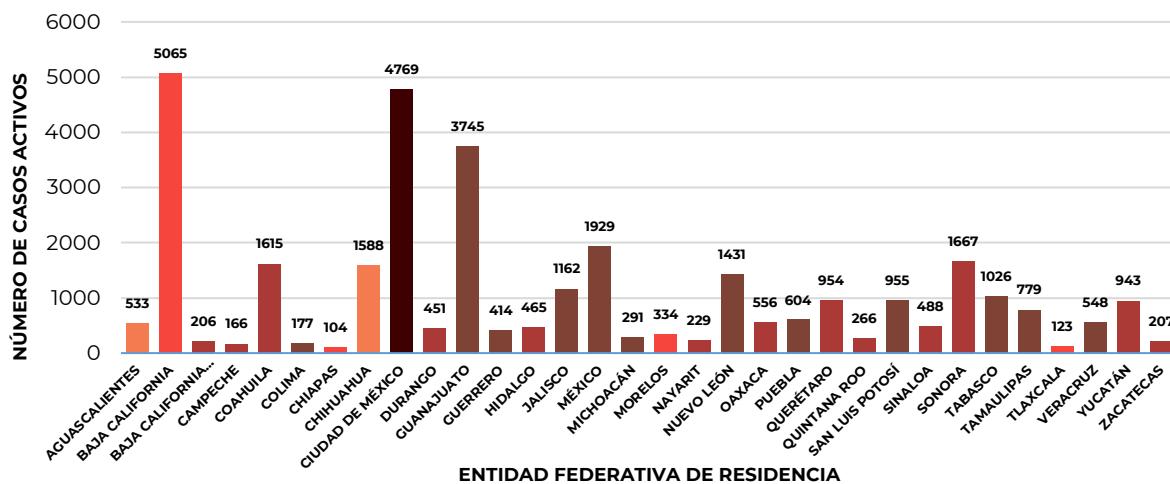


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

CASOS ACTIVOS

Se consideran casos activos, aquellos casos positivos que iniciaron síntomas en los últimos 14 días. De esta forma es posible identificar los lugares donde hay mayor transmisión activa. Al corte de este informe, se tienen registrados 33,790 casos activos (24 de octubre al 16 de noviembre de 2021). Se aprecia que, diez entidades registran el mayor número de casos activos (1,000 o más) por entidad de residencia y cuyo inicio de síntomas corresponde a los últimos 14 días para este periodo de análisis y las entidades con más de tres mil casos corresponden a Baja California seguida de Ciudad de México y Guanajuato. Lo que se traduce, que estas entidades concentran 40% de los casos activos, es decir donde se observa una mayor actividad de transmisión para COVID-19, en este periodo reportado.

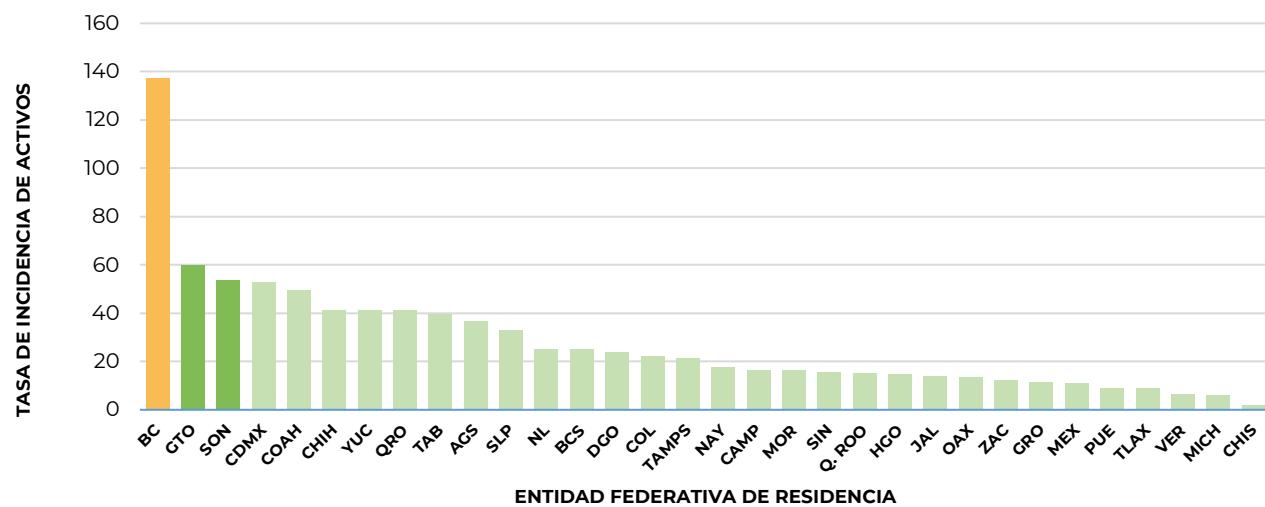
Gráfica 5. Casos positivos activos a COVID-19 por entidad de residencia



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

Al considerar la tasa de incidencia de los casos activos que a nivel nacional es de 26.2 por 100,000 habitantes, se observa que los estados con mayores tasas son Baja California con una tasa de 137.3, Guanajuato (59.6), Sonora (53.6) y Ciudad de México 53.0 por cada 100,000 habitantes. Se aprecia también que once estados rebasan la tasa nacional, lo que nos muestra la variabilidad del comportamiento de la pandemia en el país.

Gráfica 6. Tasa de incidencia de casos activos por entidad de residencia



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /Méjico- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

CASOS ACTIVOS ESTIMADOS

A partir de la positividad semanal a SARS-CoV-2 por semana de inicio de síntomas y por entidad federativa en los casos confirmados por lugar de residencia, se calculan los **casos activos estimados** que para este corte de información ascienden a **34,843**.

La estimación indica que, para esta semana, **once estados tendrían más de mil casos activos estimados**. Así mismo, la **tasa de incidencia de casos activos estimados es 27 por 100,000 habitantes**.

Tabla 1 y 2. Casos activos estimados y tasa de incidencia estimada por entidad de residencia

No.	Entidad	Casos Activos Estimados	Porcentaje	Tasa de Incidencia Estimada
1	BC	5273	15.1	142.9
2	CDMX	4891	14.0	54.3
3	GTO	3801	10.9	60.5
4	MEX	1988	5.7	11.3
5	SON	1710	4.9	55.0
6	CHIH	1652	4.7	43.1
7	COAH	1639	4.7	50.3
8	NL	1446	4.2	25.4
9	JAL	1191	3.4	14.0
10	TAB	1043	3.0	40.1
11	SLP	1003	2.9	34.7
12	YUC	991	2.8	43.4
13	QRO	966	2.8	41.6
14	TAMPS	812	2.3	22.1
15	PUE	652	1.9	9.8
16	OAX	591	1.7	14.2
17	VER	558	1.6	6.5
18	AGS	548	1.6	37.7
19	SIN	495	1.4	15.5

Informe integral COVID-19 en México

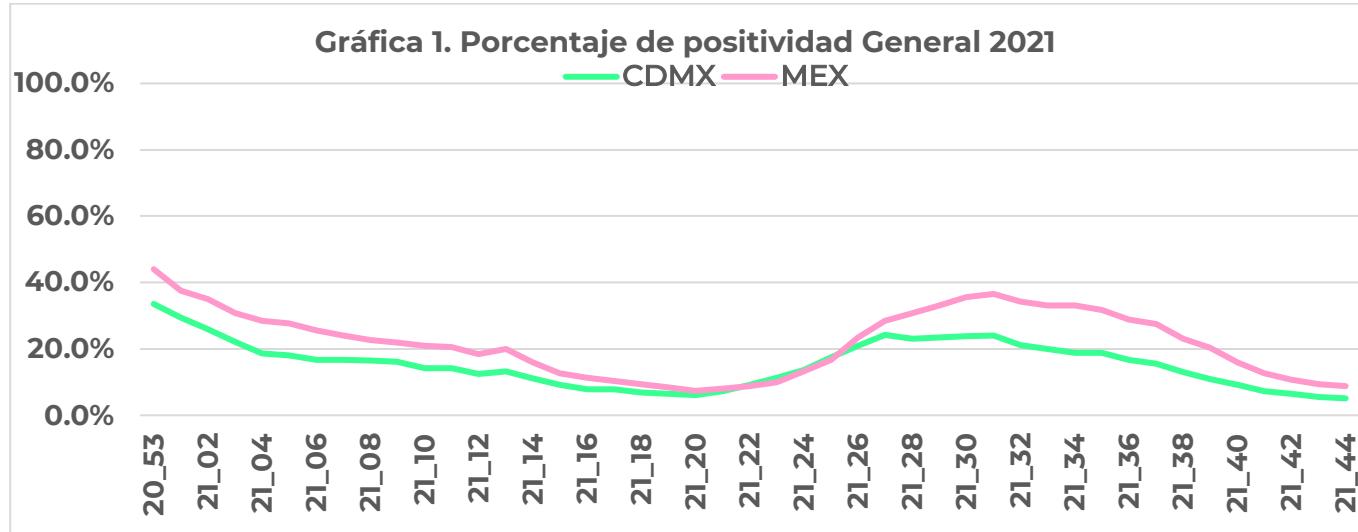
No.	Entidad	Casos Activos Estimados	Porcentaje	Tasa de Incidencia Estimada
20	HGO	485	1.4	15.5
21	DGO	464	1.3	24.6
22	GRO	428	1.2	11.7
23	MOR	345	1.0	16.7
24	MICH	297	0.9	6.1
25	Q. ROO	271	0.8	15.4
26	NAY	240	0.7	18.4
27	ZAC	213	0.6	12.7
28	BCS	209	0.6	25.5
29	COL	182	0.5	22.8
30	CAMP	174	0.5	17.1
31	CHIS	159	0.5	2.7
32	TLAX	125	0.4	8.9

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

2.2.2. Índice de positividad nacional y por entidad federativa.

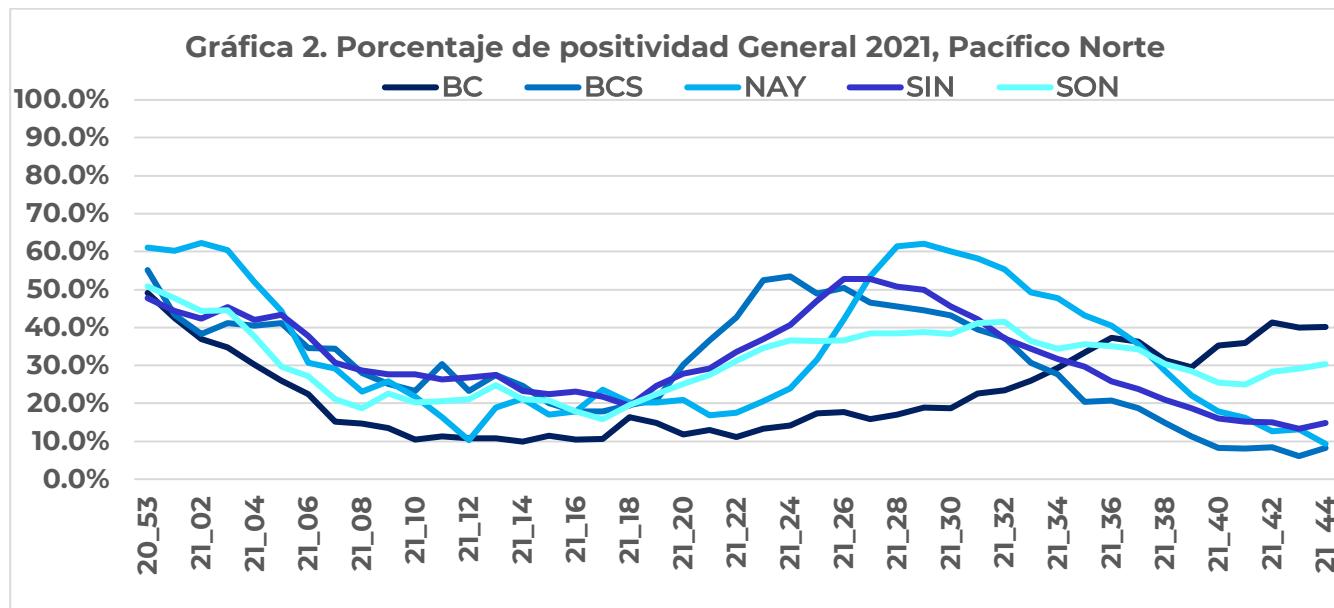
Tomando los registros de la base SISVER con fecha de corte al 16 de noviembre, la positividad general (prueba de RT-PCR y Pruebas rápidas de antígeno en unidades USMER y no USMER), se reportan los siguientes datos.

CDMX y Estado de México: Se registra desde la S.E. 32 al cierre de la S.E. 44 una reducción progresiva de la positividad general para ambas entidades.



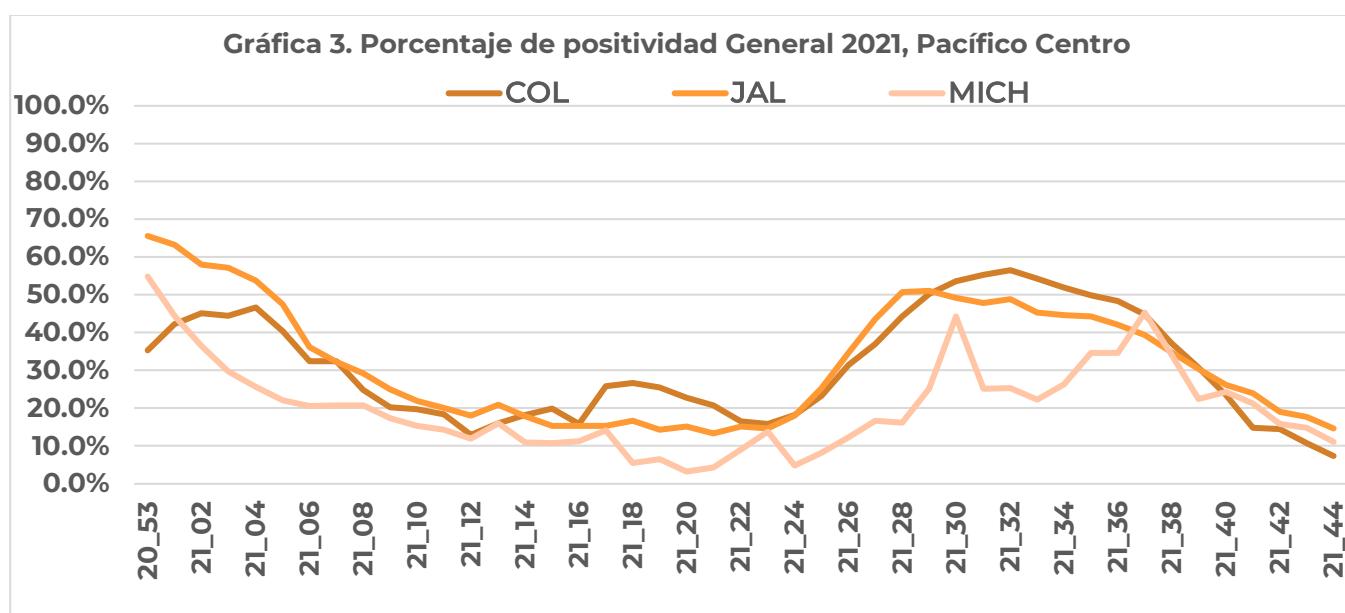
Fuente: SSA/SPPS/DGE/Indre

Pacífico Norte: Baja California y Sonora presentan incrementos progresivos de la positividad general a partir de la S.E. 41, el resto de las entidades se mantienen en reducción.



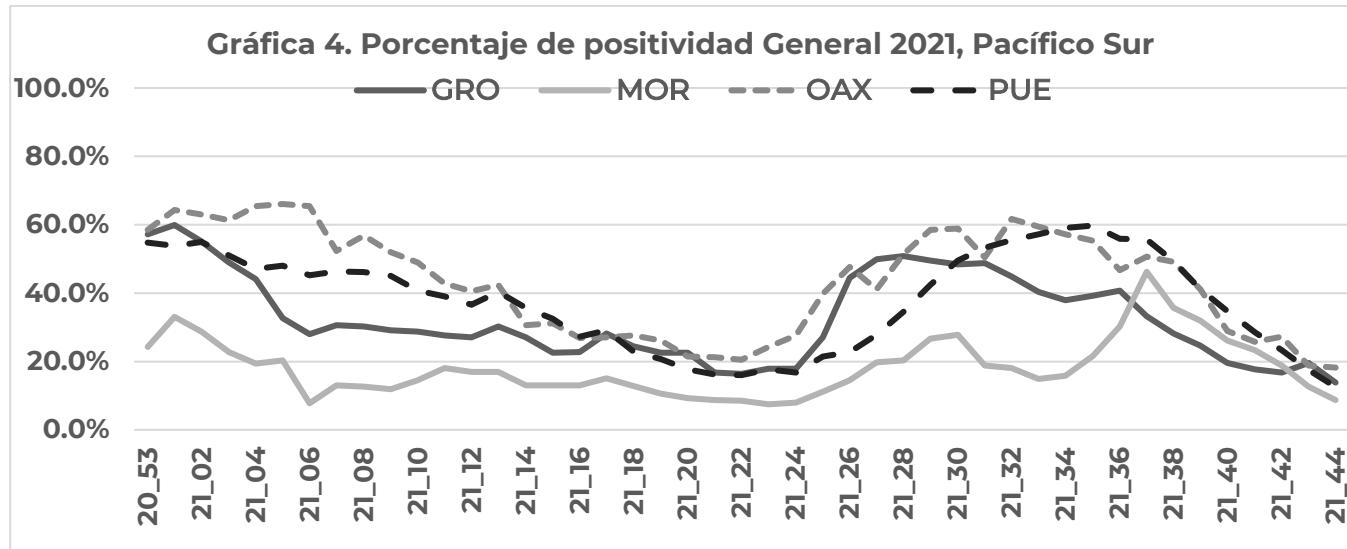
Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

Pacífico Centro: Todas las entidades presentan reducción en la positividad desde la S.E. 38 continuando al cierre de la información.



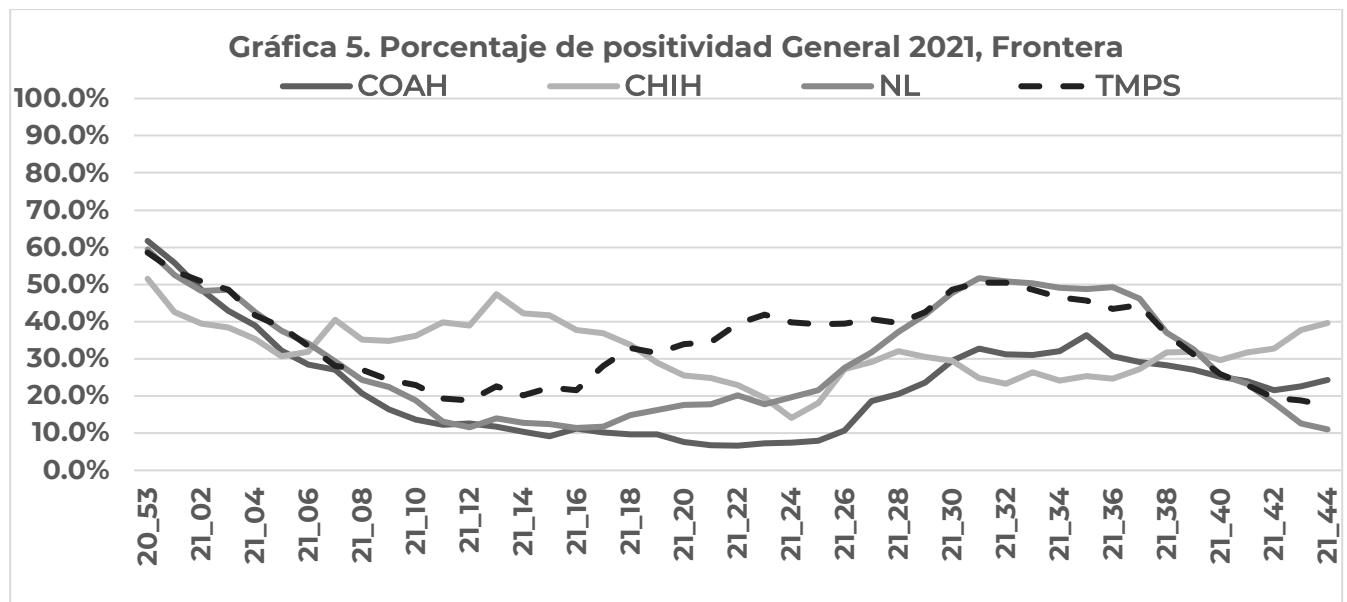
Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

Pacífico Sur: Todas las entidades presentan reducción continua de la positividad a partir de la S.E. 38 hasta el cierre de la información.



Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

Frontera: Chihuahua continúa con un incremento en la positividad general desde la S.E. 40, el resto de las entidades presentan reducción hasta el cierre de la información.



Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

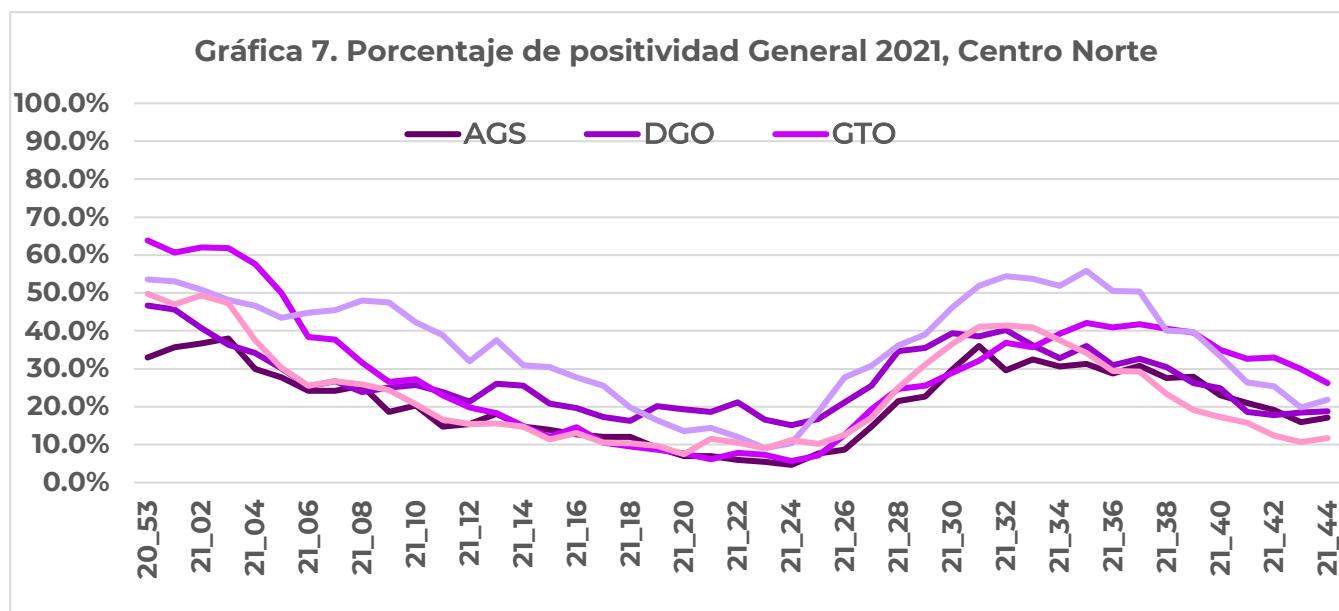
Informe integral COVID-19 en México

Centro: Todas las entidades de la región presentan reducción en la positividad general desde la S.E. 35.



Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

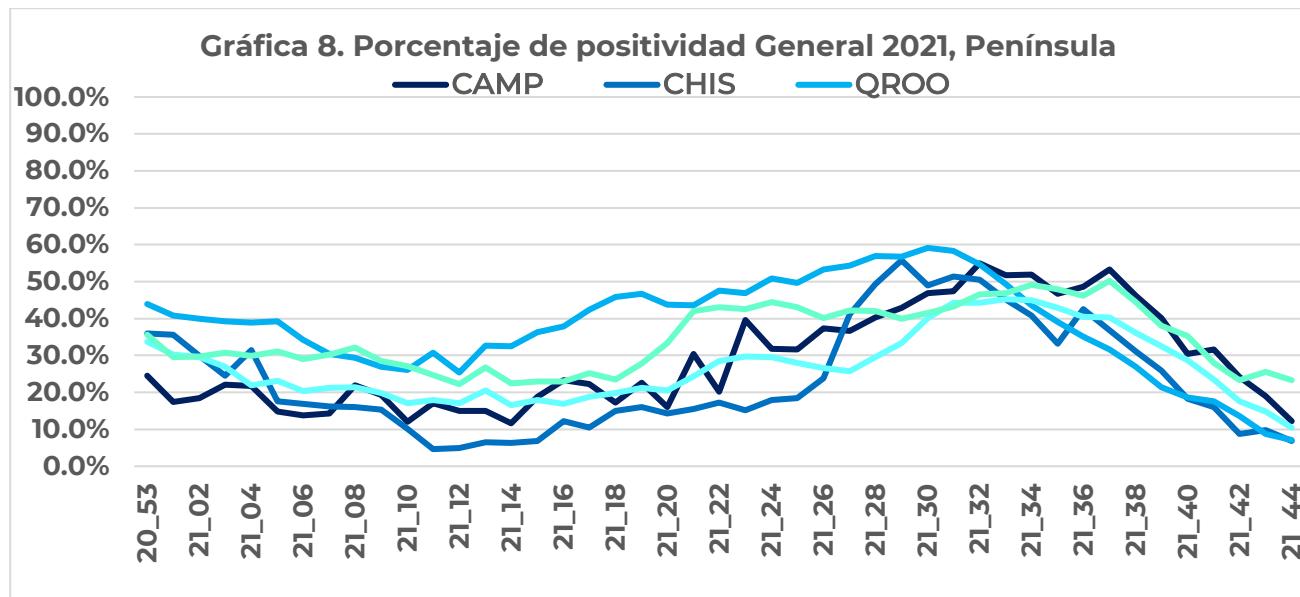
Centro Norte: Toda la región presenta reducción de la positividad general desde la S.E. 36 hasta el cierre de la información.



Informe integral COVID-19 en México

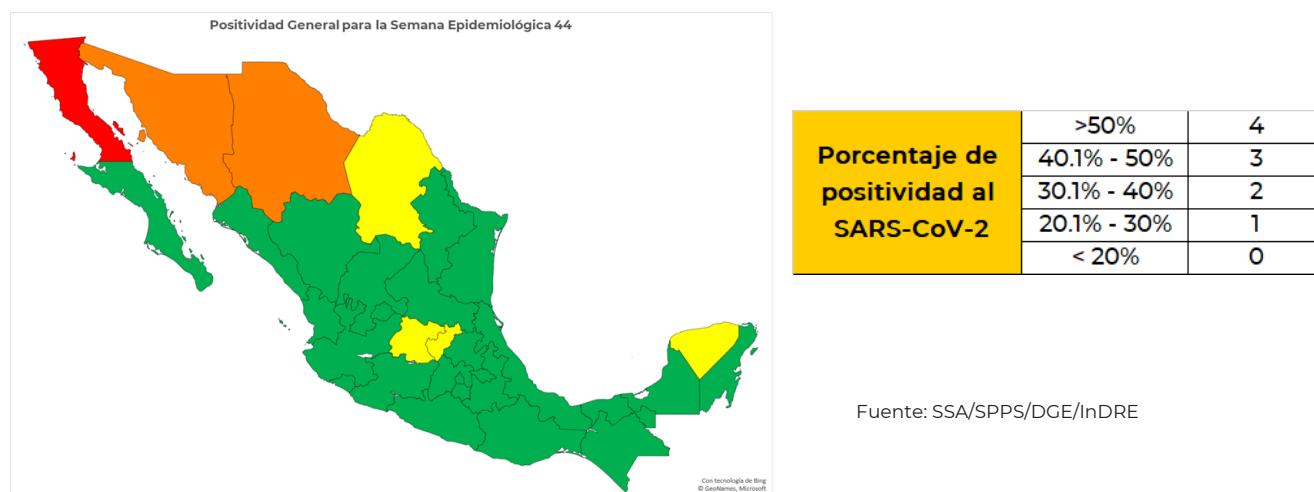
Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

Península: Desde la S.E. 38 todas las entidades mantienen la reducción de la positividad general hasta el cierre de la información.



Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

FIGURA 1. Positividad general correspondiente a la S.E. 44

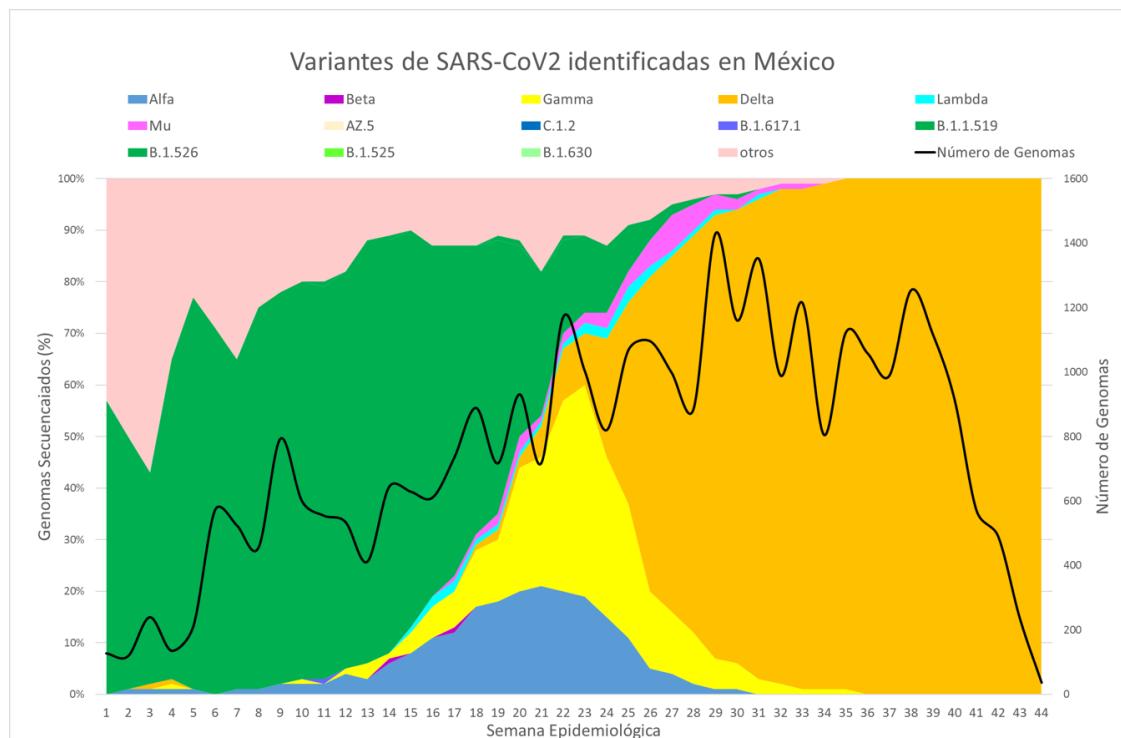


El mapa de semaforización de la positividad general a la S.E. 44, indica que respecto al corte de la información, tomando en cuenta todos los tipos de pruebas realizadas en todas las unidades de atención y de acuerdo a los parámetros de la semaforización: en rojo se encuentra Baja California, en naranja Chihuahua y Sonora, en amarillo Coahuila, Guanajuato, Querétaro y Yucatán, el resto de las entidades del país la positividad se encuentra en verde.

2.2.3. Vigilancia genómica del SARS-CoV-2 en México

A partir de la semana 27 la variante Delta desplaza al resto de variantes hasta posicionarse como la variante predominante a partir de la semana 31 con proporciones por arriba de 93%. Semana 43 hay 236 secuencias registradas, el 100% son variante Delta. Semana 44 hay 37 secuencias registradas, el 100% corresponden a la variante Delta.

Gráfica 1. Variantes de SARS-CoV-2 identificadas en México

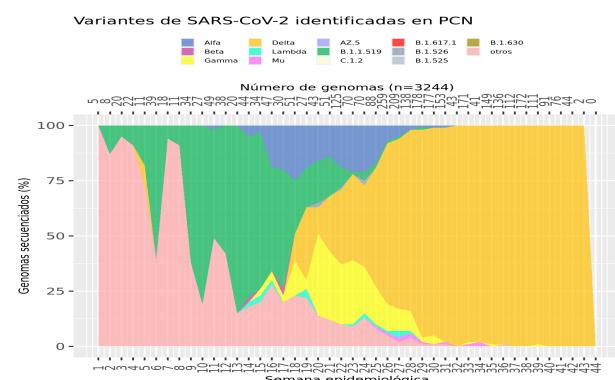
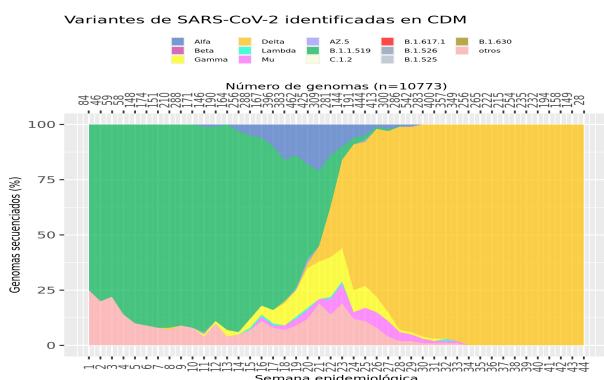
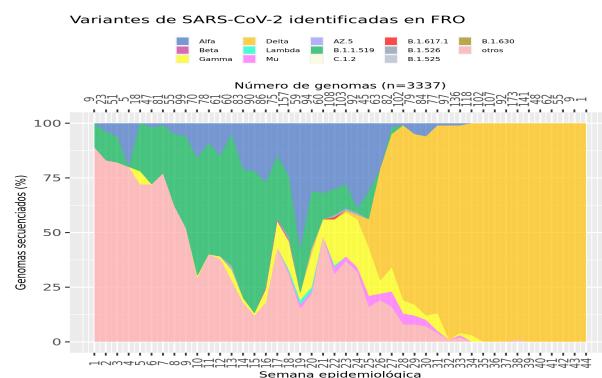
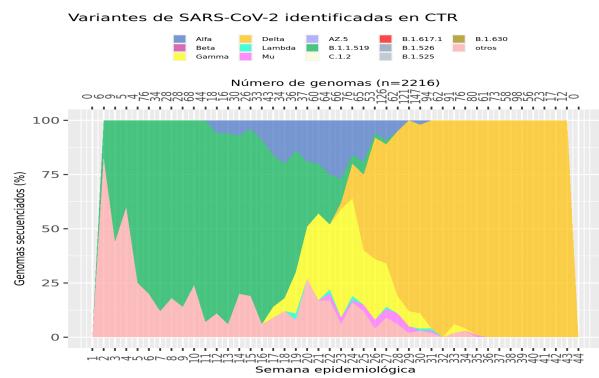


Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

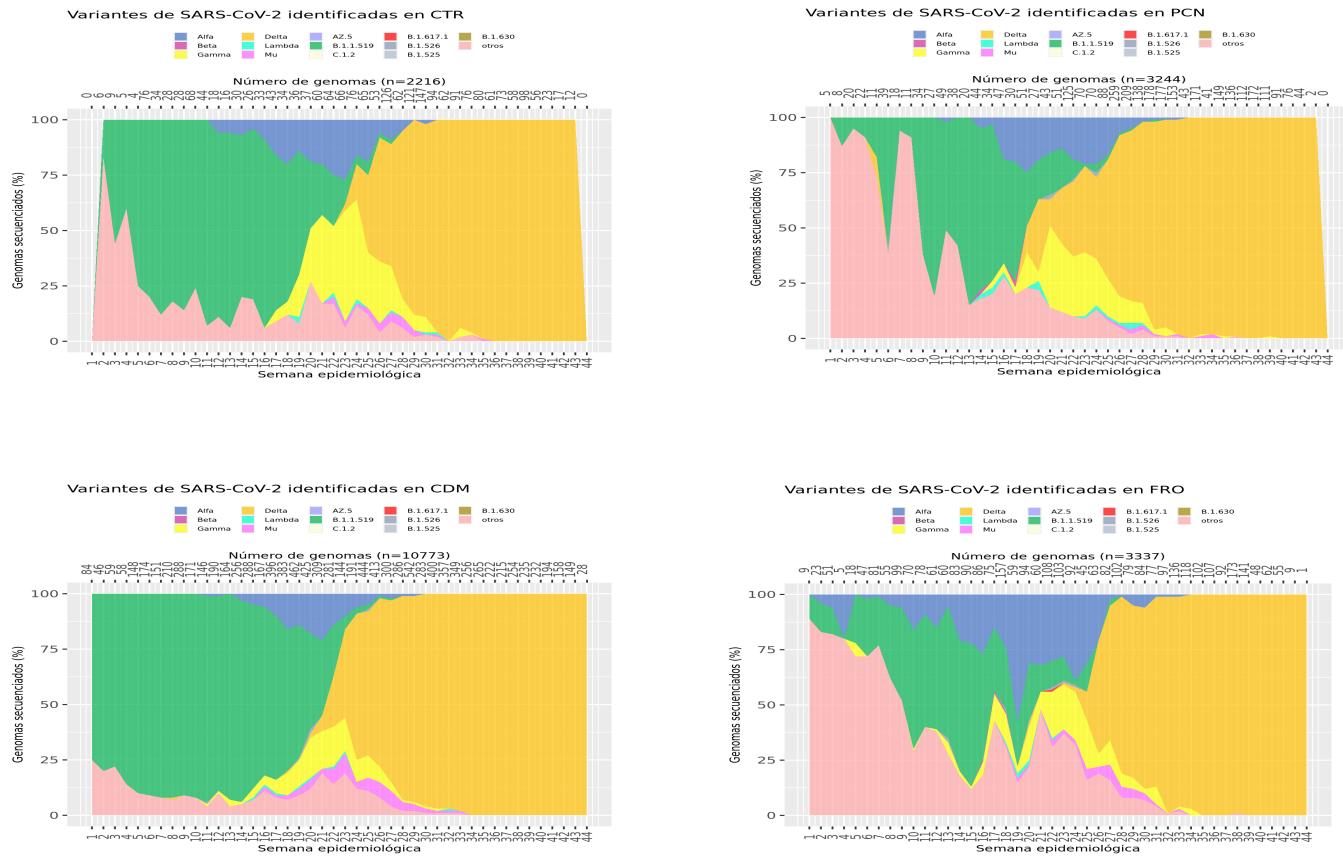
Informe integral COVID-19 en México

Variantes del virus SARS-CoV-2 identificadas por región en México

- Ciudad de México y Estado de México (**CDM**).
- Pacífico Norte (**PCN**) (Baja California Norte, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Nayarit).
- Centro (**CTR**) (Hidalgo, Tlaxcala, Veracruz).
- Frontera (**FRO**) (Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León, Chihuahua).
- Pacífico Centro (**PCC**) (Jalisco, Michoacán, Colima).
- Centro Norte (**CNN**) (Querétaro, Zacatecas, San Luis Potosí, Aguascalientes, Durango, Guanajuato).
- Pacífico Sur (**PCS**) (Puebla, Morelos, Guerrero, Oaxaca).
- Península (**PEN**) (Quintana Roo, Campeche, Tabasco, Yucatán, Chiapas).



Informe integral COVID-19 en México



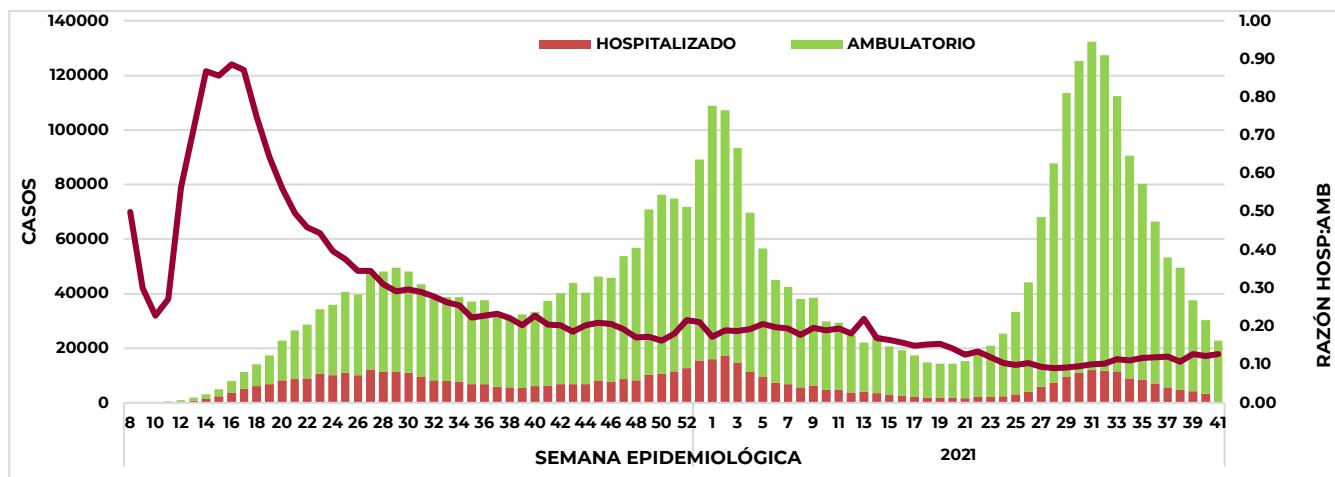
Fuente: SSA/SPPS/DGE/InDRE

2.2.4. Ocupación hospitalaria

2.2.4.1. Hospitalizaciones en SISVER

De acuerdo a la información en SISVER, se tiene un acumulado de 598,015 pacientes que han sido hospitalizados y como se aprecia en la gráfica siguiente, en las últimas semanas hay un descenso en los ingresos a hospital, observando que la proporción en las últimas ocho semanas se ha mantenido estable.

Gráfica 1. Distribución de casos confirmados a COVID-19 entre hospitalizados y ambulatorios



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

2.2.4.2. Reconversión y expansión hospitalaria en México

La Reconversión Hospitalaria COVID-19 debe garantizar que la organización de los servicios de atención médica se ejecute bajo los principios de oportunidad, calidad y eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros en beneficio de la población y con ello se incida en la prevención y control de la pandemia por la enfermedad del virus SARS-CoV-2 en México, proceso mediante el cual las unidades médicas modifican su funcionamiento regular a través de generar cambios en la prestación habitual de los servicios, adecuándose, para disponer de un mayor número de recursos humanos y materiales derivado de la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID 19; priorizan el flujo separado de pacientes con infecciones respiratorias agudas y establecimiento de cohortes de pacientes sospechosos o confirmados COVID-19, adecuando la infraestructura disponible y recursos humanos para asegurar su capacidad máxima de atención de pacientes críticamente enfermos considerando sus recursos técnicos de soporte (número de ventiladores, presión de compresores, tomas de oxígeno, entre otros), recursos humanos, insumos y equipamiento médico.

Considera la capacidad instalada y la ampliada de cada unidad, con el objetivo de atender oportunamente la demanda en cada región del país al tiempo que promueven modelos de prevención de infecciones y bioseguridad que limitan el riesgo de transmisión para la población y los trabajadores de salud, con especial énfasis en la Coordinación Sectorial para la operación y ejecución Reconversión Hospitalaria COVID-19 a nivel nacional, operación y logística para la eficiencia de los recursos, el manejo de la información sistematizada y analizada para la toma de decisiones, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de pacientes

con base en la evidencia científica y enfoque de prevención de riesgo de infecciones para reducir la transmisión intrahospitalaria por SARS-CoV-2.

Para lograr una reconversión hospitalaria eficiente, la participación articulada de los Gobiernos de las Entidades Federativas y las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, ocupa especial relevancia para garantizar el acceso, la continuidad de la atención y la efectividad clínica a la población dentro del territorio nacional.

La reconversión hospitalaria debe enfocarse en la preparación para la recepción y atención de pacientes con síntomas respiratorios, así como evitar magnificar la propagación de la enfermedad entre los pacientes que aún requieren de atención médica hospitalaria por otras condiciones. Por lo que, planificando con antelación las actividades, a efecto de lograr la reconversión de manera inmediata o escalonada. Además de lo anterior, deberá realizar la Identificación de áreas físicas seguras para una expansión hospitalaria inmediata, conforme a características de infraestructura, geografías y de seguridad de la unidad, con el objetivo de incrementar la capacidad de atención sin disminuir la calidad y efectividad de intervenciones en salud (estacionamiento y áreas verdes, entre otros) en caso necesario.²

La Expansión Hospitalaria en caso de Emergencias en Salud, tiene su origen en la necesidad probable de llevar los servicios hospitalarios a cualquier localidad, municipio o estado que lo requiera, cuando haya saldo masivo de víctimas, o bien, su infraestructura hospitalaria sea mermada, cuya misión es construir y aplicar una herramienta de respuesta en los diferentes tiempos de un evento y contar con una infraestructura hospitalaria temporal sólida ante la presencia de un agente perturbador, como la que actualmente estamos viviendo por el COVID-19.

En México, se denominan Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID19) a los módulos provisionales habilitados durante la contingencia por SARS-CoV-2 (COVID-19), ubicados en estacionamientos, espacios aledaños a un hospital de reconversión y a los habilitados como estructuras extra hospitalarias. Permiten la diferenciación entre paciente con sospecha o confirmados COVID-19 y de otras patologías. Tienen la función de ampliar la capacidad de atención del hospital a pacientes, de manera preferente para pacientes referidos de otras unidades. Estos Centros de Atención Temporal se instalarán de forma escalonada y de acuerdo a las necesidades que se presenten, con el objetivo de proteger la salud de la población.³

² Lineamiento de reconversión hospitalaria (internet). Secretaría de Salud (5 Abril 2020). pp. 7-9 Disponible en sitio web: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>

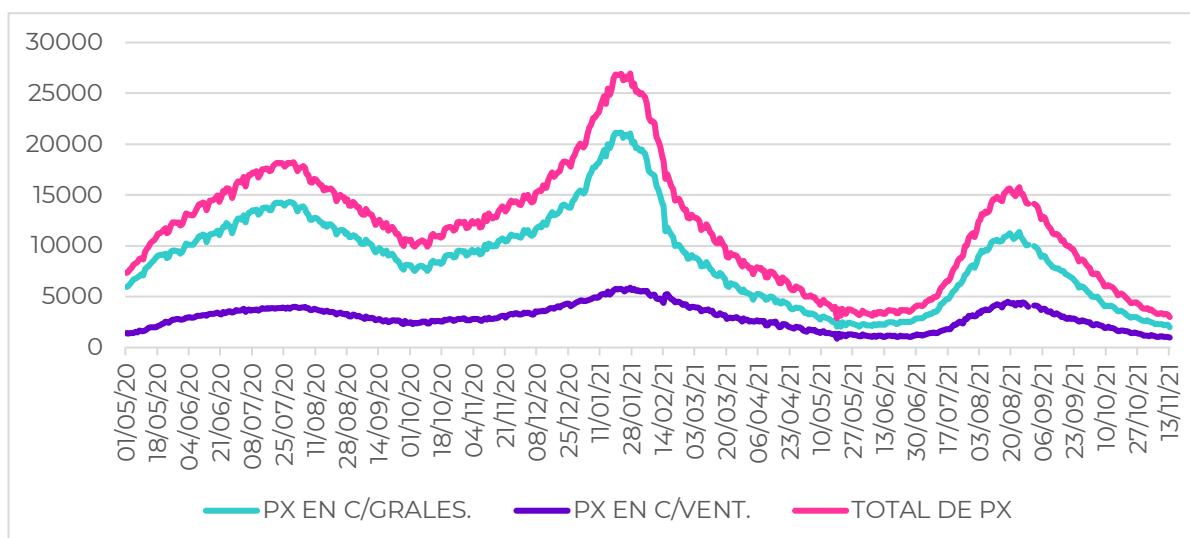
³ Lineamiento de implementación de Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID 19) Y Hospitales Móviles (EMT) (internet). Secretaría de Salud (Abril 2020). Pp. 3 Disponible en sitio web: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Centros_Atencion_Temporal.pdf

Por lo anterior, derivado del incremento de los casos de SARS-CoV-2 en México y en el mundo y considerando la importancia que reviste a las unidades hospitalarias en el proceso de la atención médica de los pacientes, a partir del 1º de abril de 2020 se implementa la Red Negativa de Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (RED-NEGATIVA-IRAG), la cual aporta información respecto a disponibilidad y ocupación hospitalaria para la toma de decisiones en materia de reconversión y expansión hospitalaria; adicionalmente, como resultado del Convenio Marco para el Intercambio y Atención de Pacientes Graves con COVID-19, a partir del 09 de mayo del 2020 se estableció el Centro Regulador de Urgencias Médicas Federal (CRUM-COVID-19) con el objetivo de coordinar y proporcionar atención médica oportuna durante el traslado de los pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19 mediante la colaboración sectorial de los esfuerzos a través de los CRUM's estatales y el CRUM federal.

COVID-19, MÉXICO: Hospitalización Nacional Diaria, al 13/11/2021

Este gráfico muestra el comportamiento de la hospitalización Nacional de pacientes infectados por COVID desde el inicio de la pandemia; la línea rosa representa el total de pacientes hospitalizados por COVID teniendo el número de más hospitalizados el día 27 de enero del 2021 con un total de 26,952 (veintiséis mil novecientos cincuenta y dos pacientes), lo cual ocurrió durante la segunda ola de la pandemia, mientras que la línea verde representa a los pacientes hospitalizados en camas generales; es decir pacientes que se encontraron en una cama con sintomatología de leve a moderada. Y finalmente en la línea azul se reportan a los pacientes hospitalizados con sintomatología grave que requirieron de apoyo ventilatorio.

Gráfica 1. Tasa de incidencia de casos activos por entidad de residencia



Informe integral COVID-19 en México

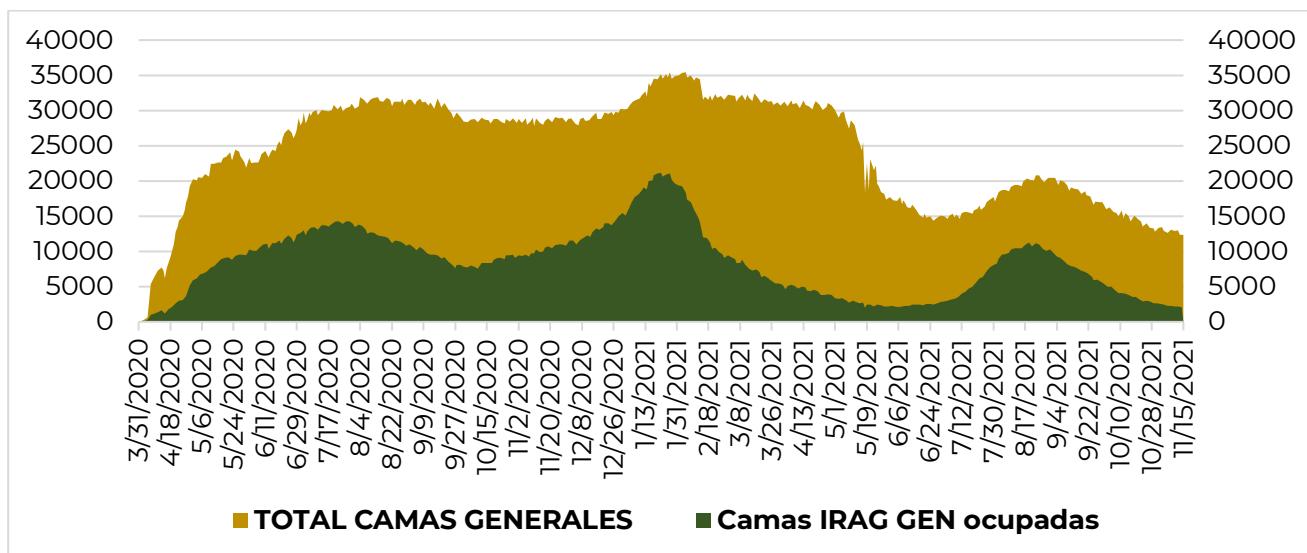
Fuente: SSA/SPPS/Red Negativa de Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (RED-NEGATIVA-IRAG).

De manera general lo que observamos en la gráfica, es que las tres líneas siguen disminuyendo, por ende, disminuye la cantidad de pacientes hospitalizados por COVID-19 tanto en camas generales como en camas con ventilador; todo esto gracias a las acciones que se han tomado por parte del Gobierno Federal y Estatal.

COVID-19, MÉXICO: Reconversión Nacional, Camas Generales al 13/11/2021

Cuando nos referimos a Reconversión estamos hablando del número de camas que el sistema de salud en su conjunto asignó para la atención de pacientes COVID-19.

Gráfica 1. Total de camas generales y camas generales de red IRAG ocupadas a nivel nacional



Fuente: SSA/SPPS/Red Negativa de Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (RED-NEGATIVA-IRAG).

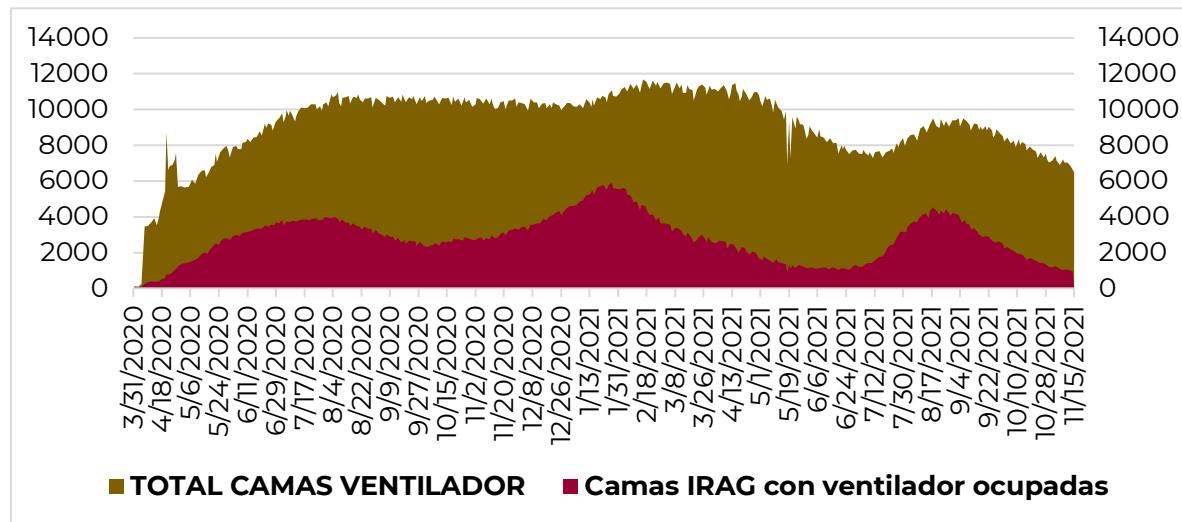
En el gráfico 1 de reconversión en camas generales en color café se representa el total de camas asignadas de manera diaria para la atención de pacientes COVID, es importante comentar que a lo largo de la pandemia el mayor número de camas logradas fue el 4 de febrero de este año, en el cual se alcanzaron 35,635 camas totales. Actualmente debido al decremento de los pacientes hospitalizados, se tienen al día 13 de noviembre del presente año un total de 12,331 camas generales asignadas para atender pacientes infectados por COVID-19, mientras que la ocupación (color verde) tuvo el pico máximo en ocupación el 22

de enero del 2021 con 21,147 pacientes hospitalizados. Actualmente se tienen 1,999 pacientes hospitalizados en camas generales en México.

COVID-19, MÉXICO: Reconversión Nacional, Camas con Ventilador al 13/11/2021

En contraste; el gráfico inferior representa las camas totales asignadas para pacientes COVID-19 con uso de ventilador (color café); es decir aquellos que necesitaron atención avanzada siendo su máxima reconversión el 16/02/2021 con 11,681 camas, mientras que en el color rojo se registran las camas con ventilador ocupadas de las cuales se registró el mayor número de camas ocupadas el 27/01/2021 con 5,893 camas.

Gráfica 2. Total de camas con ventilador y camas con ventilador reconvertidas en la red IRAG a nivel nacional



Fuente: SSA/SPPS/Red Negativa de Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (RED-NEGATIVA-IRAG).

A lo largo de la pandemia el mayor número de camas con ventilador logradas fue el 16 de febrero de 2021, alcanzando 11,681 camas con ventilador (camas críticas) a nivel nacional. Actualmente, debido al decremento de pacientes hospitalizados, al día 13 de noviembre de 2021, se tienen 6,800 camas con ventilador, mientras que en color rojo observamos la máxima ocupación el día 27 de enero del 2021 con 5,893 pacientes hospitalizados y actualmente se tienen 968 pacientes hospitalizados graves por COVID-19 en México

Ocupación en Camas Generales

Al día 13 de noviembre a NIVEL NACIONAL nos encontramos en el 16% de ocupación en camas generales, es decir de las 12,331 camas generales asignadas para COVID-19, únicamente tenemos 1,999 pacientes hospitalizados, sin embargo, hay algunas Entidades Federativas con mayor hospitalización que otros, y los que actualmente nos preocupan son las Entidades con una ocupación por arriba del 30% de sus camas asignadas para COVID-19, las cuales son: Chihuahua, Aguascalientes, Baja California, Sonora, Puebla y Coahuila.



A pesar de lo anterior, por el momento el riesgo es menor con comparación en los meses pasados y que en caso de tener mayor demanda de atención médica se cuenta con la disponibilidad y capacidad necesaria para atender a los pacientes infectados por COVID-19.

Ocupación en Camas con Ventilador



Al día 13 de noviembre a NIVEL NACIONAL nos encontramos en un 14% de ocupación en camas con ventilador, es decir de las 6,800 camas con ventilador asignadas para atender a pacientes graves por COVID-19, únicamente tenemos 968 pacientes hospitalizados, sin embargo, algunas Entidades Federativas tienen mayor hospitalización que otras, por lo que la vigilancia específica de la capacidad hospitalaria se vuelve importante para disminuir los riesgos, por ejemplo, en la actualidad Baja California tiene un 38% de ocupación en camas con ventilador, detonando los procesos de reconversión y expansión hospitalaria para alcanzar un mayor número de camas generales y con ventilador.

CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS FEDERAL (CRUM-COVID-19)

Este Centro Regulador es la instancia técnica médica administrativa que ayuda en la coordinación y resolución de las actividades específicas para la atención médica pre-

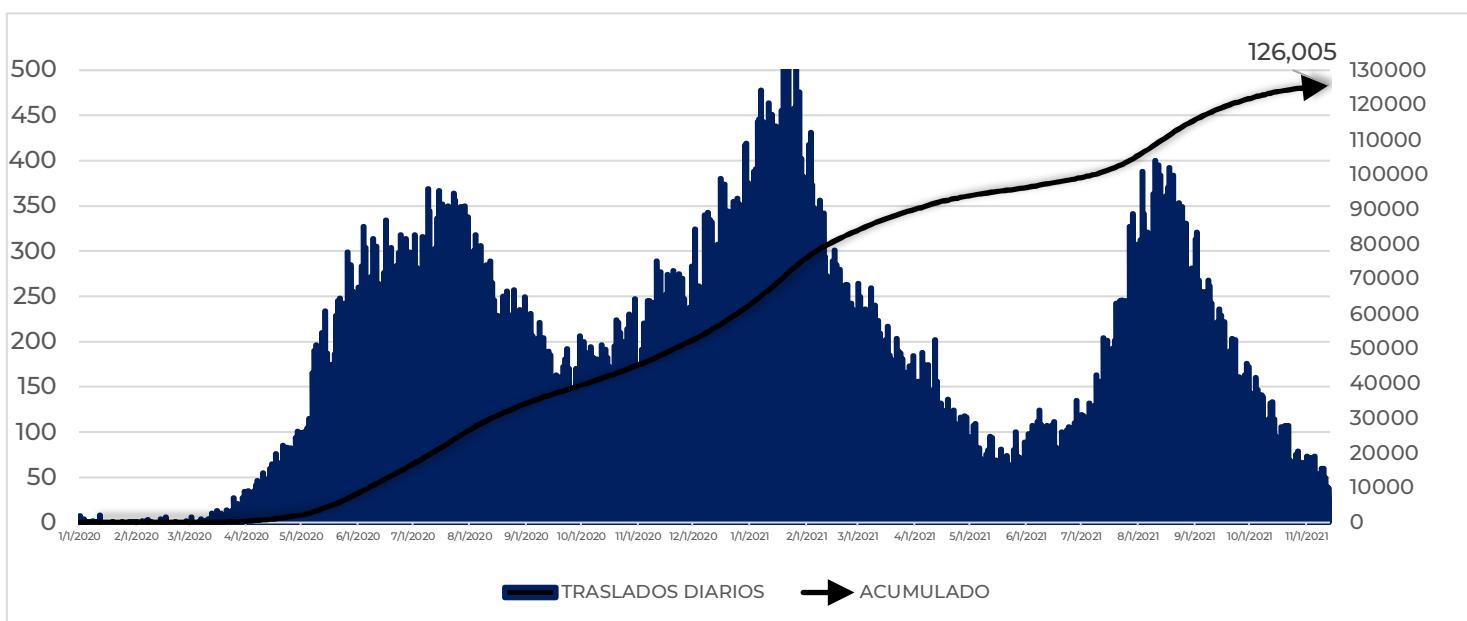
Informe integral COVID-19 en México

hospitalaria. Uno de los objetivos de este centro es ayudar a gestionar una cama disponible para la atención de pacientes enfermos por COVID-19 de acuerdo a sus necesidades de atención médica requeridas, apoyando a los pacientes desde su traslado hasta su recepción en una unidad hospitalaria.

Adicionalmente este centro apoya en las acciones de coordinación entre las instituciones y al personal que labora en la atención prehospitalaria en las Entidades Federativas. Al 13 de noviembre de 2021 el CRUM-Federal ha colaborado con la regulación de 1,097 pacientes, de los cuales 722 son pacientes sospechosos de COVID-19, 334 son pacientes confirmados de COVID-19 y 41 pacientes fueron trasladados con patologías NO COVID.

En la gráfica 3 se muestra el comportamiento de la demanda de traslados hospitalarios de manera diaria, incluidos los traslados que realizan las instituciones y los traslados de los Centros reguladores de las Entidades. Al día 13 de Noviembre de 2021 se han llevado a cabo **126,005** traslados de pacientes, de los cuales el 39.7% son pacientes **CONFIRMADOS** por COVID-19 y el 60.3% pacientes **SOSPECHOSOS** a COVID-19.

Gráfica 3. Atención hospitalaria en cuanto a traslados hospitalarios nacionales



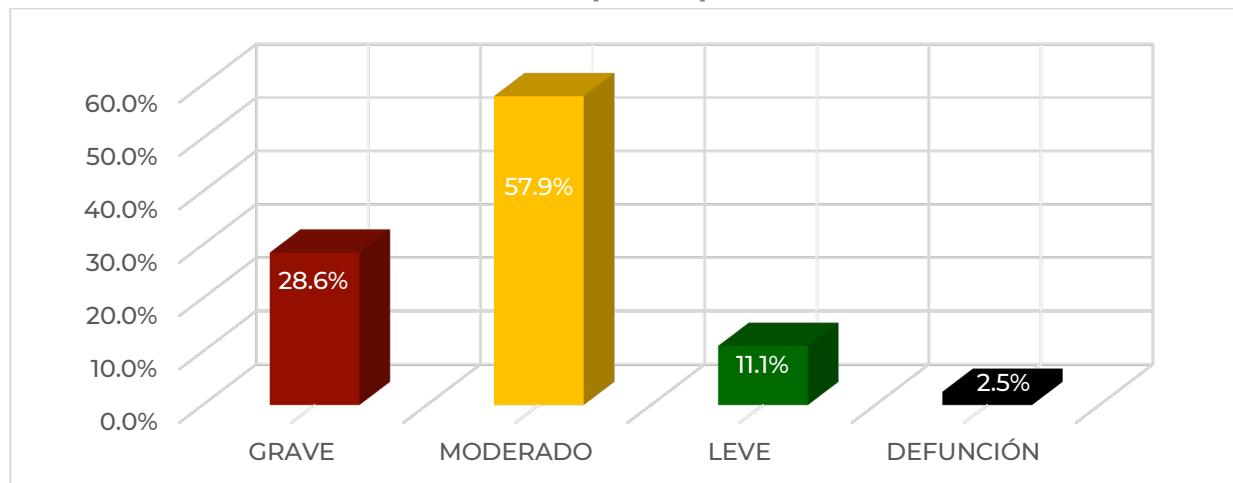
Es importante comentar que todos los traslados están clasificados de acuerdo a la gravedad del paciente y por consecuencia la prioridad de la atención que se debe brindar.

En el gráfico siguiente representado en barras de colores se expresa lo siguiente: la Barra de color rojo, corresponde a los traslados de los pacientes con enfermedad grave los cuales representan un 28.6% del total de los traslados, en color amarillo se encuentran los traslados de pacientes con enfermedad MODERADA que representan un 57.9%, en color verde los

Informe integral COVID-19 en México

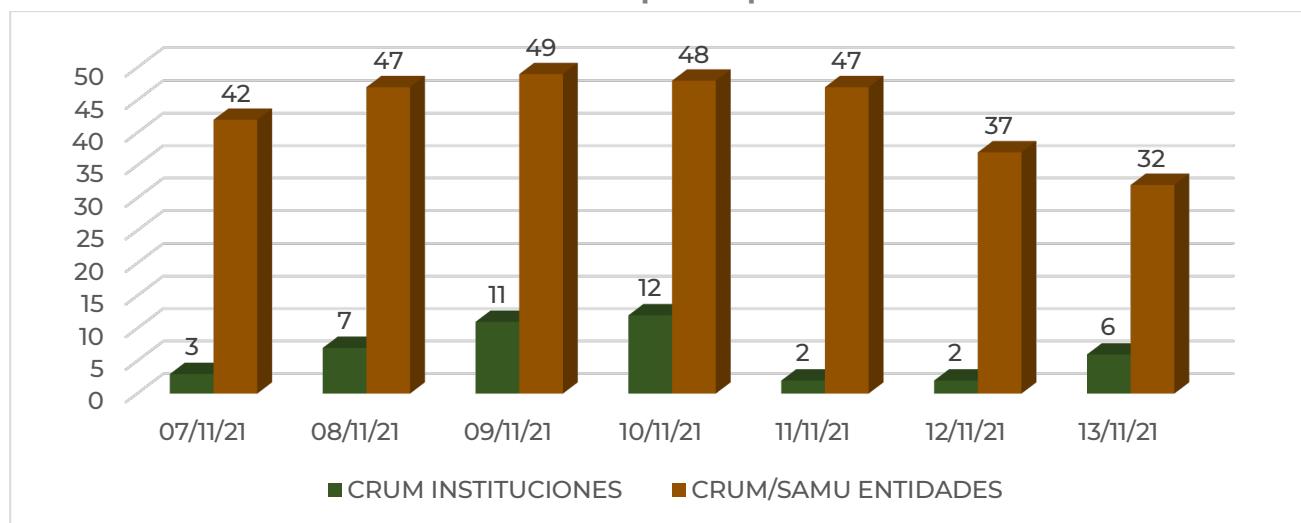
pacientes con enfermedad LEVE los cuales fueron el 11.1% del total de los trasladados. Finalmente, representados en color negro todos aquellos pacientes que fallecieron al abordar la ambulancia o durante su trayecto al hospital, siendo un 2.5% del total de los trasladados, lo cual nos indica que la solicitud de la asistencia por parte de los familiares fue demasiado tarde.

Gráfica 4. Clasificación prehospitalaria COVID-19 Nacional



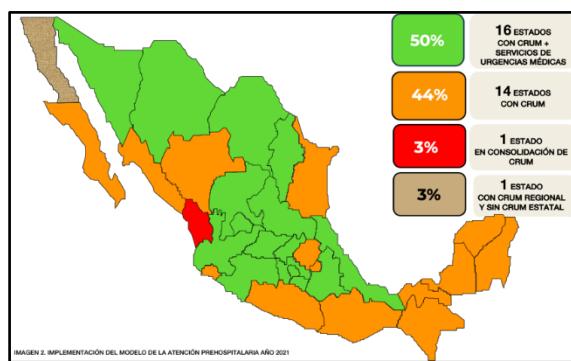
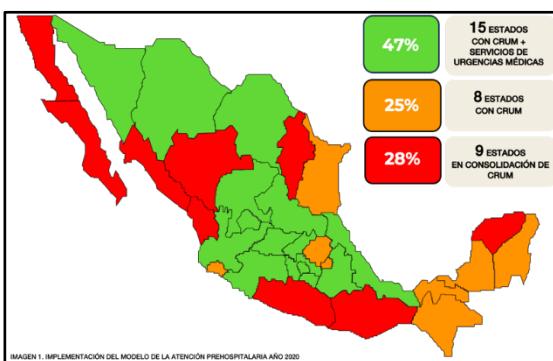
Durante la semana Epidemiológica 45 la cual corresponde del 07 al 13 Nov. 2021, se ha reportado un total de 343 Servicios, de los cuales el 159 son pacientes confirmados de COVID-19 y 154 pacientes sospechosos a COVID-19. Esta gráfica indica los trasladados por día, realizados por parte de las instituciones (barras verdes) y los servicios realizados por parte de los centros reguladores de los estados (barras cafés).

Gráfica 5. Atención prehospitalaria nacional



Centros Reguladores de Urgencias Médicas de las Entidades Federativas

La Imagen No.1 nos muestra que al inicio de la pandemia sólo 15 Estados contaban con CRUM más un Sistema de Urgencias Médicas Avanzadas (SAMU), ocho Estados contaban únicamente con CRUM y nueve Estados estaban en procesos de gestión para formalizar su Centro Regulador. En la Imagen No.2 podemos observar que como consecuencia de esta pandemia y de la demanda de la atención prehospitalaria varios estados lograron consolidar y establecer estos Centros Reguladores, tanto es así que hoy solo un Estado está pendiente de consolidar su Centro Regulador.



A través de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas estatales y con el apoyo de la coordinación del CRUM Federal se ha logrado una mejor atención médica prehospitalaria para pacientes con sospecha o confirmados de infección por SARS-CoV-2, coadyuvando a la vigilancia específica en tiempo real sobre el comportamiento de la pandemia en el marco de la Atención Prehospitalaria Nacional.⁴

2.2.5. Mortalidad

2.2.5.1. Defunciones SISVER

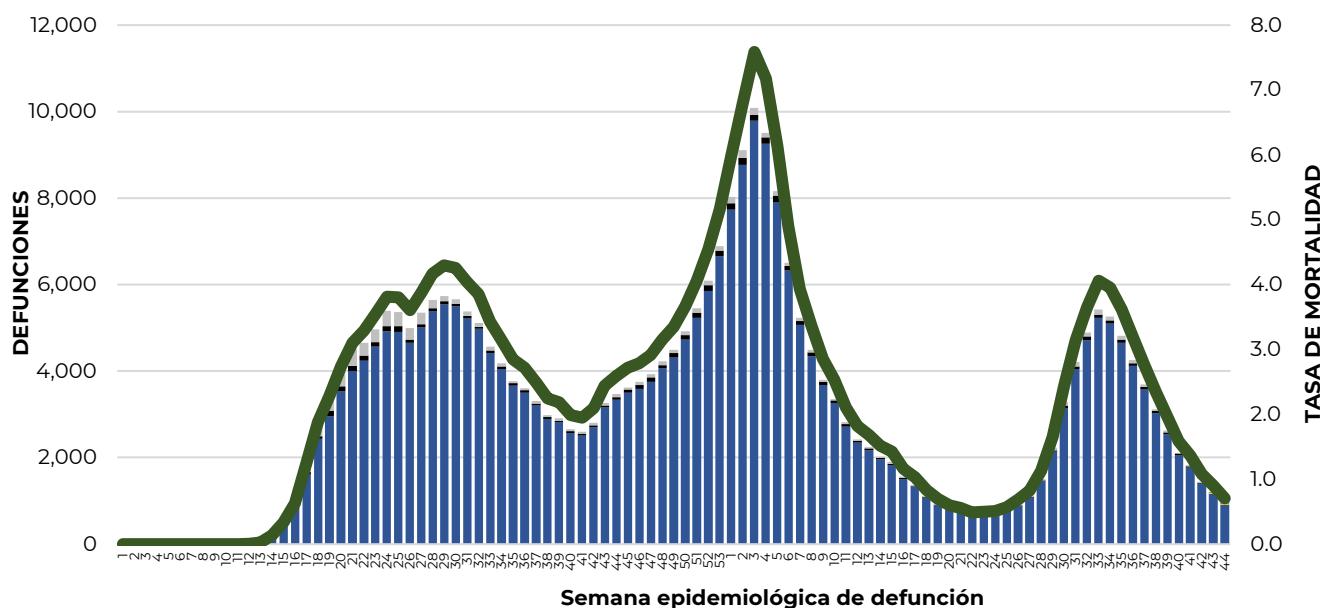
Al corte de este informe, se han registrado 290,570 defunciones totales de COVID-19, incluyen las confirmadas a SARS-CoV-2 por laboratorio, por antígeno y defunciones por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica. Hasta el día de hoy, se tienen 13,547 defunciones sospechosas de COVID-19.

⁴ NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5361072&fecha=23/09/2014

Diez entidades concentran el 63.6% de las defunciones acumuladas en el país: CDMX, Estado de México, Jalisco, Puebla, Veracruz, Nuevo León, Guanajuato, Baja California, Sinaloa y Sonora.

En la gráfica siguiente, se aprecian las defunciones según la fecha de ocurrencia del deceso por semana epidemiológica, desglosando a las defunciones positivas totales, defunciones sospechosas sin posibilidad de resultado, defunciones sospechosas con muestra y defunciones sin muestra, así como la gráfica por entidad de notificación.

Gráfica 1. Distribución de defunciones positivas y sospechosas a COVID-19 por semana epidemiológica de defunción



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021(corte 9:00hrs).

En el siguiente cuadro, puede observarse el número de defunciones totales acumuladas por entidad federativa de notificación, así como las sospechosas a COVID-19. La Ciudad de México, el Estado de México y Jalisco como las entidades con mayor número de defunciones sospechosas.

Tabla 1. Defunciones positivas y sospechosas a COVID-19 según entidad federativa de notificación

Entidad Federativa	Defunciones Totales	Defunciones Sospechosas
CDMX	52,352	5,165

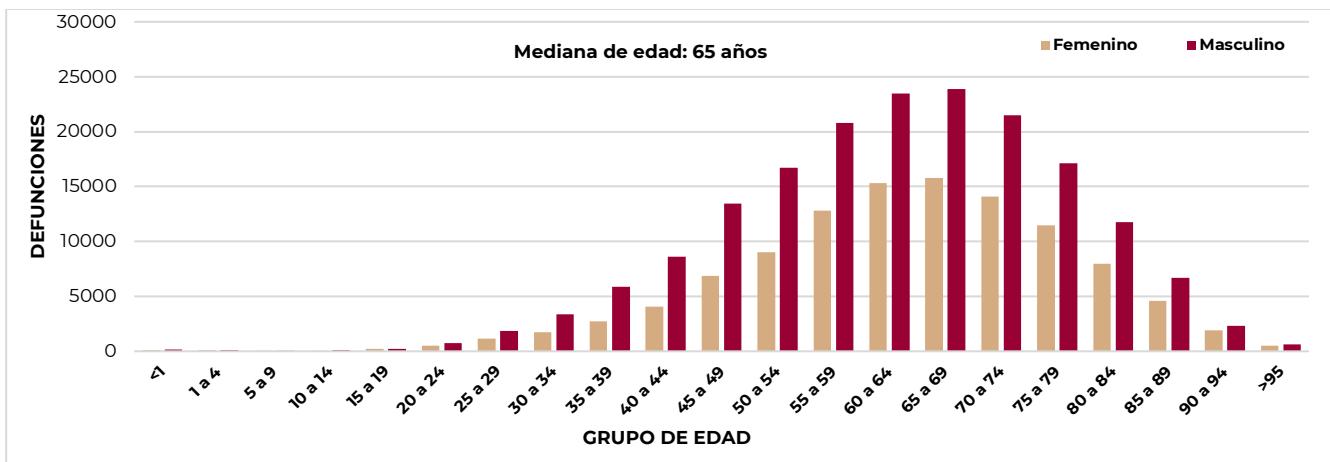
Informe integral COVID-19 en México

Entidad Federativa	Defunciones Totales	Defunciones Sospechosas
MEX	32,445	2,010
JAL	17,203	919
PUE	15,430	359
VER	14,359	433
NL	13,183	331
GTO	12,702	275
BC	9,799	361
SIN	8,804	569
SON	8,632	215
CHIH	8,160	412
MICH	7,886	209
HGO	7,662	36
COAH	7,449	430
TAMPS	7,101	231
SLP	6,604	98
GRO	6,001	123
QRO	5,767	23
TAB	5,691	159
YUC	5,658	50
OAX	5,301	143
MOR	4,708	113
Q. ROO	3,984	82
ZAC	3,322	12
DGO	2,970	95
AGS	2,963	86
NAY	2,946	49
TLAX	2,789	47
BCS	2,355	22
COL	2,195	2
CHIS	2,115	445
CAMP	2,034	43
NACIONAL	290,570	13,547

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

La siguiente gráfica muestra la distribución por edad y sexo de las defunciones notificadas al SISVER por SARS-CoV-2, donde se aprecia que la mayoría de estas ocurrieron en personas entre 60 a 69 años con predominio del sexo masculino (62%), con una razón de 1.6 hombres por cada mujer. La mediana de estas muertes corresponde a 65 años.

Gráfica 2. Distribución por edad y sexo de las defunciones positivas a COVID-19



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs)

2.2.5.2. Exceso de mortalidad en México

El grupo de trabajo interinstitucional para el trabajo de exceso de mortalidad se conformó con el objetivo de fortalecer la vigilancia de la mortalidad por la COVID-19, analizando el exceso de mortalidad por todas las causas, por medio del conteo de las actas de defunción captadas en la Base de Datos Nacional del Registro Civil (BDNRC), como uno de los enfoques propuestos para contribuir a la evaluación de la magnitud de la carga de la epidemia por COVID-19 en México. Igualmente, se realizó un análisis para estimar el número de defunciones asociadas con la infección por COVID-19, así como otras grandes causas como Diabetes y enfermedades cardiovasculares, mediante el análisis de las causas captadas en las actas de defunción del registro civil.

La DGE participa en este grupo desde su creación en mayo del 2020, debido a que la detección oportuna de un exceso de mortalidad por todas las causas ha sido particularmente útil para estimar y vigilar la evolución de la epidemia en México, independiente de lo que se registre en el sistema de vigilancia epidemiológica, que depende de la interacción entre las personas y el sistema de salud, así como de la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas aplicadas. Así mismo, el recuento semanal de todas las muertes por lugar de registro, con un desglose por sexo y grupo etario, y su comparación con los umbrales definidos de muertes esperadas, se puede usar como un *sistema de alerta temprana* para vigilar la magnitud y la gravedad de los brotes de la COVID-19.

Al ser un análisis de las defunciones, sin considerar causas específicas, el exceso estimado deberá ser interpretado como defunciones tanto directamente asociadas a la COVID-19, como por otras causas que de manera indirecta se pueden asociar a la situación general de la emergencia sanitaria. El análisis de las causas específicas deberá seguir otra metodología que requiere la revisión detallada de los certificados de defunción y en su caso serían dictaminadas por comités establecidos específicamente para este propósito, que no son parte de este boletín.

La vigilancia del exceso de mortalidad durante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 puede proporcionar información relevante para valorar el impacto de la epidemia en todos los niveles administrativos, así como para evaluar y estimar la carga de la mortalidad por la COVID-19 (mediante la combinación o triangulación de todas las fuentes de datos disponibles), medir el impacto de la pandemia sobre la mortalidad por todas las causas y detectar modificaciones en las tendencias de la mortalidad por zonas geográficas

A la fecha se han publicado boletines semanales, se alojó un tablero informativo y se publica la base de datos con la se actualiza la información se manera semanal en la página <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>

2.3. Semáforo de riesgo epidémico

Mapa 1. Semáforo de riesgo epidémico vigente en México



Informe integral COVID-19 en México

El presente semáforo se encuentra vigente del 15 al 28 de noviembre de 2021, teniendo a Baja California como única entidad en riesgo naranja, mientras que el resto de entidades de encuentra en verde, (Mapa 1).

IMPACTO DE LA EPIDEMIA EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

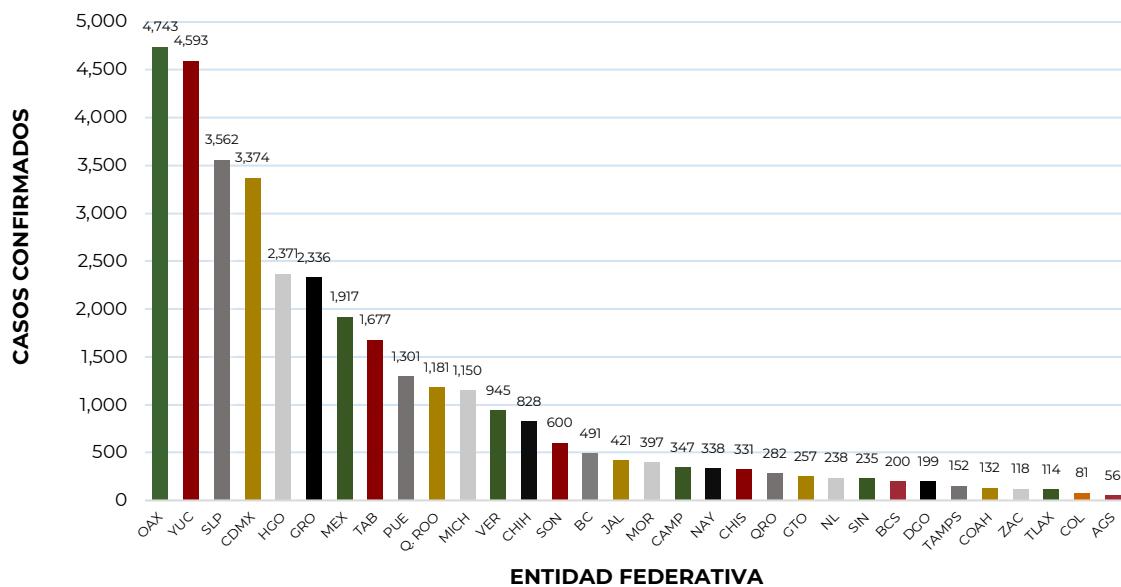
3.1. Población que se reconoce como indígena

El análisis que a continuación se describe, corresponde a la información registrada en la variable “Indígena” del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER) de la semana epidemiológica 10 del 2020 a la 44 del 2021.

Para el análisis se tomó la base de datos del SISVER, con fecha de corte al 16 de noviembre de 2021, considerándose para el reporte la fecha de inicio de síntomas al 6 de noviembre de 2021, la cual corresponde a la semana epidemiológica 44 del año en curso.

El reporte incluye los casos positivos por laboratorio, asociación epidemiológica y dictaminación. Se notificaron 3,836,826 casos confirmados y 290,567 defunciones por COVID-19 en el país; de estos, 34,967 (0.91%) casos y 4,377 (1.5%) defunciones corresponden a población que se reconoce como indígena.

Gráfica 1. Casos confirmados por entidad de residencia en población que se reconoce como indígena, México, 06 de noviembre de 2021



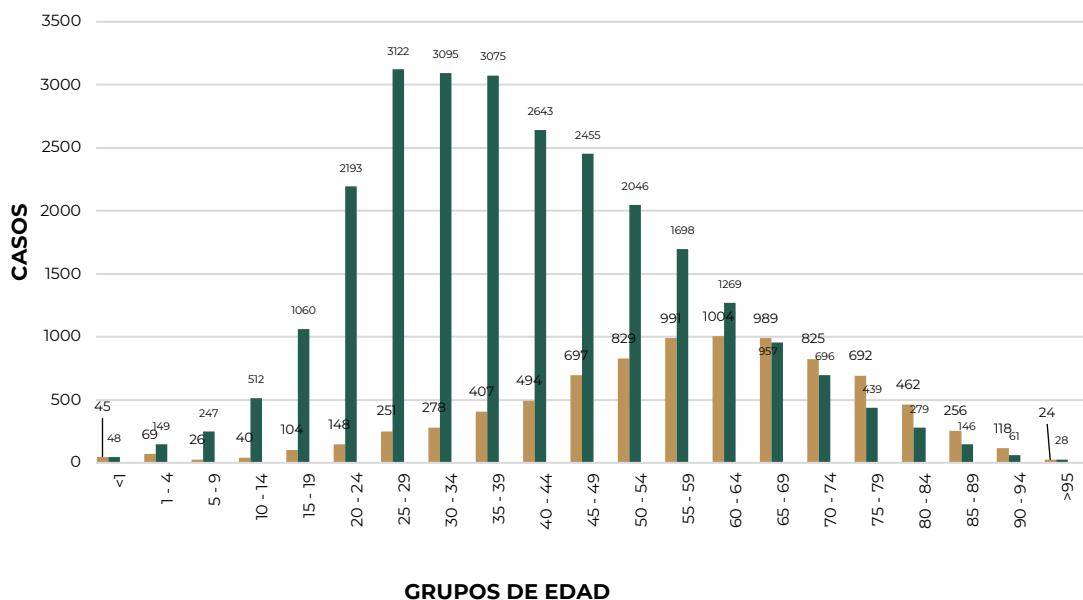
Informe integral COVID-19 en México

Los estados con mayor número de casos reportados fueron: Oaxaca (4,743), Yucatán (4,593), San Luis Potosí (3,562), Ciudad de México (3,374) e Hidalgo (2,371). (Gráfica 1) Estas entidades representan el 53.3% de los casos a nivel nacional

Los grupos de edad más afectados fueron los de 50 a los 74 años con 4,638 casos confirmados (53.01% de las hospitalizaciones). El mayor número de casos en pacientes ambulatorios fueron los grupos de 25 a 39 años, con 9,292 casos, que, en conjunto, representan el 35.44% de estos casos, como se describe en el Gráfico 2.

Un 27% de los casos reportó una comorbilidad, el 11% presentaba dos comorbilidades y el 5% restante tres o más comorbilidades.

Gráfica 2. Distribución de casos confirmados en población que se reconoce como indígena, por tipo de paciente y grupo de edad, México, 6 de noviembre de 2021

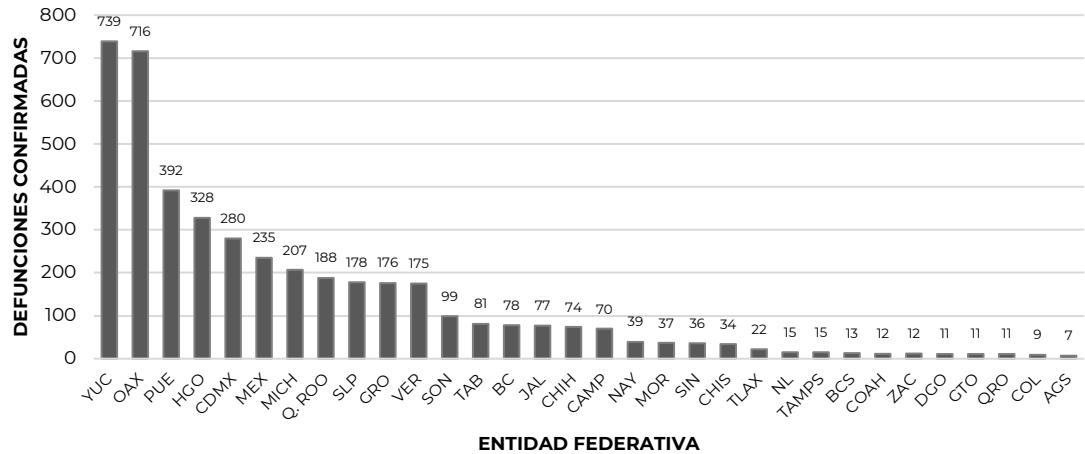


Fuente: SSA(SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe técnico. COVID-19 / México - 06 de noviembre de 2021 (corte 09:00hrs).

De las 4,377 defunciones reportadas, la mayoría se concentran en los estados de Yucatán (739), Oaxaca (716), Puebla (392), Hidalgo (328), Ciudad de México (280), y Estado de México (235) respectivamente. Estas entidades suman el 61.73% de las defunciones. (Gráfica 3).

Informe integral COVID-19 en México

Gráfica 3. Distribución por entidad federativa de las defunciones por COVID-19 en población que se considera indígena, México, 6 de noviembre de 2021

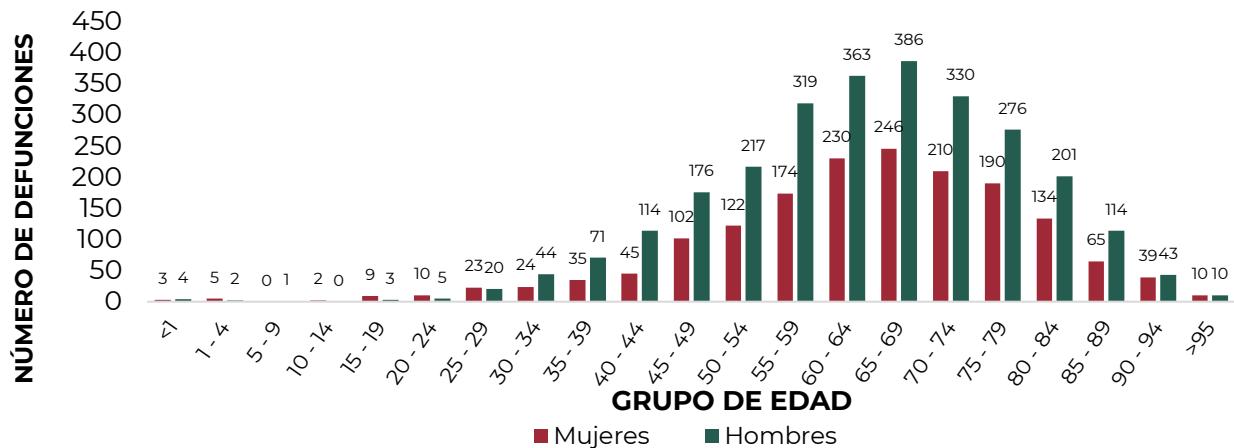


Fuente: SSA(SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe técnico. COVID-19 / México - 06 de noviembre de 2021 (corte 09:00hrs).

La mediana de edad del total de las defunciones fue 65 años, con un rango de 0 a 100 años, siendo el 61.66% de las defunciones registradas en hombres (2,699 defunciones).

De las defunciones ocurridas un 32% presentó una comorbilidad, el 24% 2 comorbilidades y el 14% tres o más comorbilidades; las comorbilidades más frecuentes en las defunciones por COVID-19 en población que se reconoce como indígena fueron: hipertensión, diabetes y obesidad.

Gráfica 4. Distribución por sexo y edad en defunciones de casos confirmados en población que se reconoce como indígena, México, 06 de noviembre de 2021



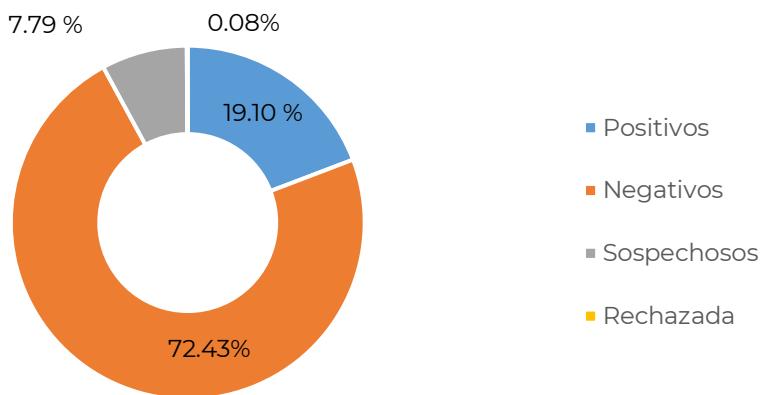
Fuente: SSA(SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe técnico.Covid-19 /Méjico – 6 de noviembre

Los pueblos indígenas se encuentran históricamente entre las poblaciones más vulnerables y la pandemia de COVID-19 ha acentuado las desigualdades preexistentes. Estas comunidades experimentan un alto grado de marginación socioeconómica y corren un riesgo desproporcionado en emergencias de salud pública, debido a diversas situaciones en las que destacan la falta de acceso a sistemas eficaces de vigilancia y alerta temprana y a servicios sanitarios y sociales adecuados.

3.2. Población migrante

Desde la SE 24 del 2020 hasta la S.E. 43 del 2021, con un corte al 6 de noviembre del 2021 en relación a la fecha de inicio de síntomas, se han estudiado 14,353 personas migrantes bajo sospecha de COVID-19.

Gráfica 1. Proporción de resultados de muestreo en población migrante con sospecha de COVID-19



Fuente: SSA(SPPS/DGE/DVEENT)

Del total de sospechosos estudiados el 19.09% (n=2,741) han resultado positivos a COVID-19; de estos 112 han fallecido, registrándose una letalidad de 4.08.

Los estados que han reportado el mayor número de personas migrantes positivas a COVID-19 son Ciudad de México con 800, Nuevo León con 281 y Tamaulipas con 175. (Figura 2).

Informe integral COVID-19 en México

Figura 1. Distribución de población migrante por entidad federativa, estudiada bajo sospecha de COVID-19



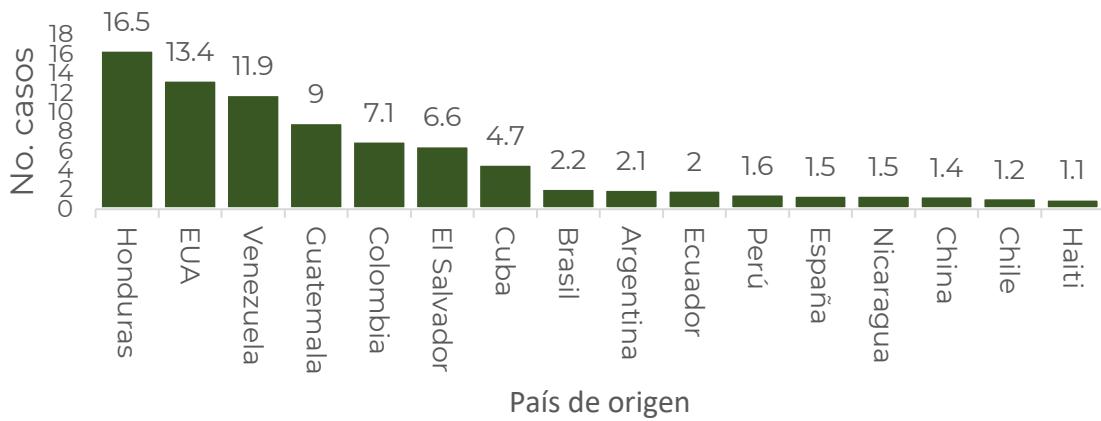
Figura 2. Distribución de población migrante por entidad federativa, confirmada a COVID-19



Fuente: SSA(SPPS/DGE/DVEENT)

Los principales países de origen de la población migrante que llega a territorio mexicano son Honduras (n=453), Estados Unidos (n=369) y Venezuela (n=328). (Gráfica 2) 425 casos tuvieron otro país de residencia.

Gráfica 2. País de Origen de población migrante positiva a COVID-19 estudiada en territorio mexicano

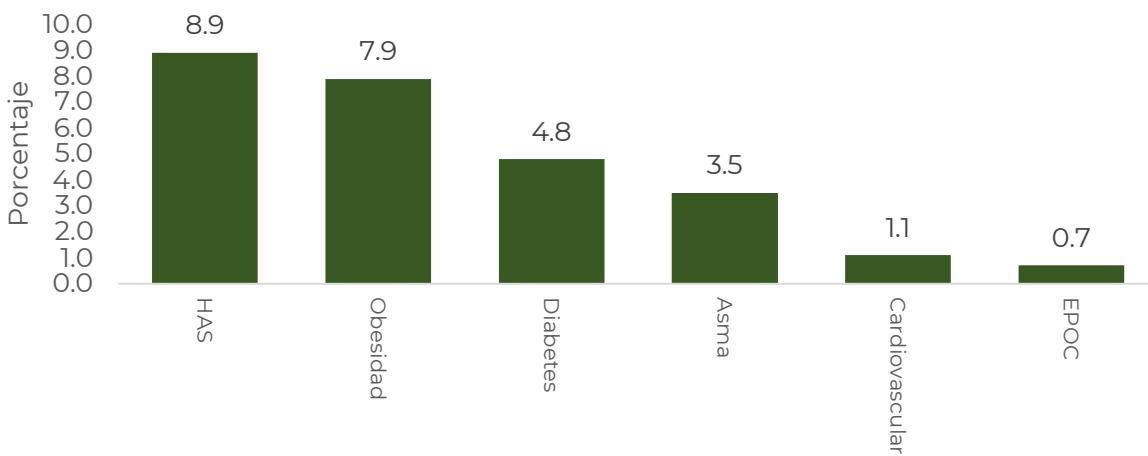


Fuente: SSA(SPPS/DGE/DVEENT)

En lo que respecta al sexo, el masculino fue el más frecuente con el 58.8% (n=1,612). La mediana de edad es de 33 años y un rango entre 0 y 108 años; el grupo de edad de 30 a 34 años reportó el mayor número de casos en ambos sexos.

La tos, cefalea y fiebre fue reportada en más del 50% de los casos. En relación a las comorbilidades la hipertensión, obesidad y diabetes constituyeron las comorbilidades más frecuentes. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Comorbilidad en población migrante positiva a COVID-19



Fuente: SSA(SPPS/DGE/DVEENT)

De los hospitalizados, el 9.1% (n=30) se reportan graves, el 4.2%(n=14) están como no graves y el 86.5% (n=283) ya están dados de alta. Se han presentado defunciones en 26 entidades federativas; Quintana Roo (22), Jalisco (15) y Baja California (11) y Tamaulipas (10), son los estados con mayor número de defunciones.

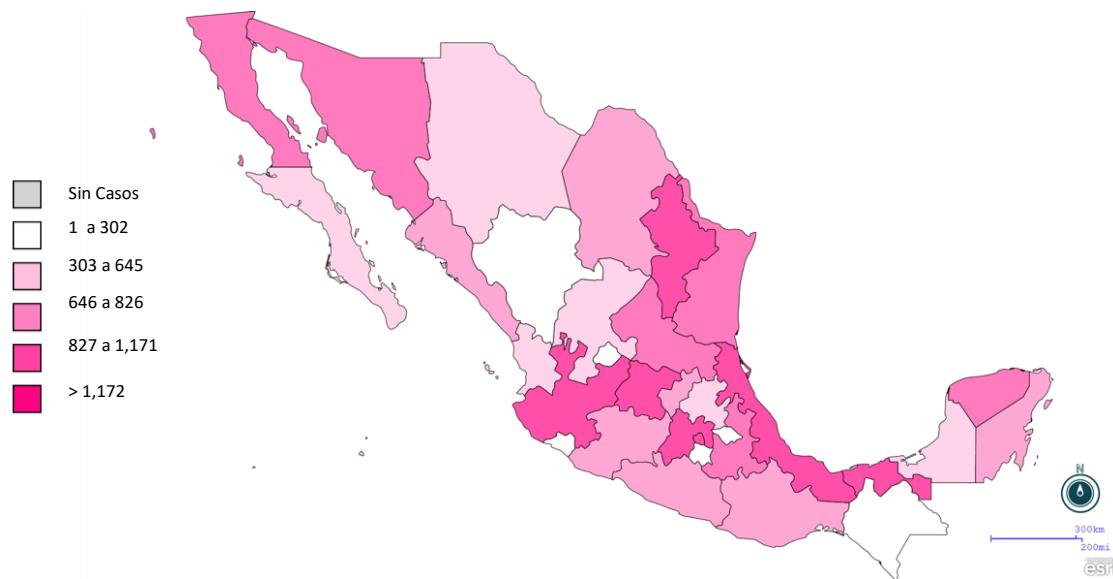
3.3. Complicaciones de la COVID-19 en el embarazo, parto y puerperio

Con un corte al 6 de noviembre del 2021 en relación a la fecha de inicio de síntomas se han contabilizado un total acumulado de 108,135 mujeres con embarazo o puerperio en seguimiento ante sospecha de COVID 19, de los cuales han resultado positivas a SARS-CoV2 el 28.4 % (n=30,728), y un 68.8% (n=75,354) negativas; adicionalmente se han registrado un

acumulado de defunciones maternas asociadas a infección por SARS-CoV2 de 632, lo que representa una letalidad acumulada en toda la pandemia de 2.06%.

Para el año del 2021 hasta el 6 de noviembre se han registrado un total de 76,968 casos en seguimiento de embarazadas y puérperas ante sospecha de COVID-19, registrándose un porcentaje de positividad a SARS-CoV2 de 26.2% (n=20,163), un total de 427 defunciones maternas asociadas a SARS-CoV2 de, con una letalidad de 2.11% y una razón de mortalidad materna a la semana epidemiológica 44 de 25.9 por cada 100,000 recién nacidos vivos.

Figura 1. Distribución de casos positivos a SARS-CoV2 en mujeres embarazadas o puérperas por entidad federativa, México, corte S. E. 43, 2021



Fuente: SSA(SPPS/DGE/DVEENT)

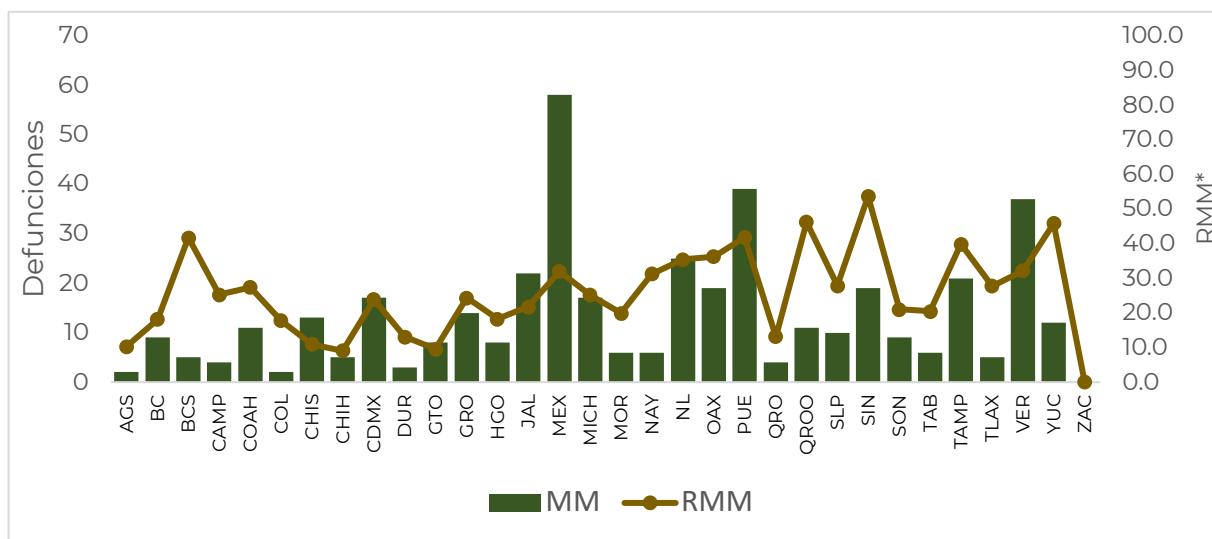
Los casos positivos a SARS-CoV2 distribuidos por entidad federativa se tiene que la Ciudad de México concentra el 19.1% de los casos al acumular 5,872 casos, seguido de Guanajuato con el 6.2% (n=1,901) y Nuevo León con el 6.1% (n=1,872), las entidades con menor número de casos positivos a SARS-CoV2 en mujeres embarazadas/puérperas son Chiapas con el 0.9% (n=275), Aguascalientes con el 0.8% (n=257) y Tlaxcala con el 0.6% (n=183).

Del total de casos acumulados registrados como Positivos SARS-CoV2, el 92.3 % (n=28,341), se encontraba cursando el embarazo y solo el 7.7% (n=2,387) se encontraba en el puerperio;

en lo referente al tema de vacunación se tiene que desde el inicio de la campaña de vacunación a mujeres embarazadas se han registrado un total de 15,830 mujeres que se han vacunado con alguno de los biológicos disponibles, el 50.3% (=7,961) han recibido un esquema completo y 49.7% (n=7,869) tienen un esquema incompleto y están en proceso de completar su esquema de vacunación; de manera específica los casos de mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV2 se tiene que 4,091 se han aplicado algún esquema de vacunación de las cuales 31 43.4% (n=1,776) se ha aplicado un esquema completo y el 56.6% (n=2,315) no tiene el esquema completo.

La distribución por grupo de edad se tiene el grupo más frecuente es el de 25 a 29 años con el 28.9% (n= 8,874) de los casos, seguido del grupo de 20 a 24 con el 23.9% (n=7,345) y el de 30 a 34 años con el 22.1% (n=6,789); los menos frecuentes son el de 10 a 14 años y el de 45 a 49 años con solo el 0.3% (n=79) y el 0.5%(n=154) de casos respectivamente. Es importante señalar que el 6.5% tiene el antecedente de obesidad, el 2.6% antecedente de diabetes e hipertensión arterial y solo el 1.8% de asma

Gráfico 1. de RMM por COVID-19 por entidad federativa, México hasta 6 noviembre de 2021



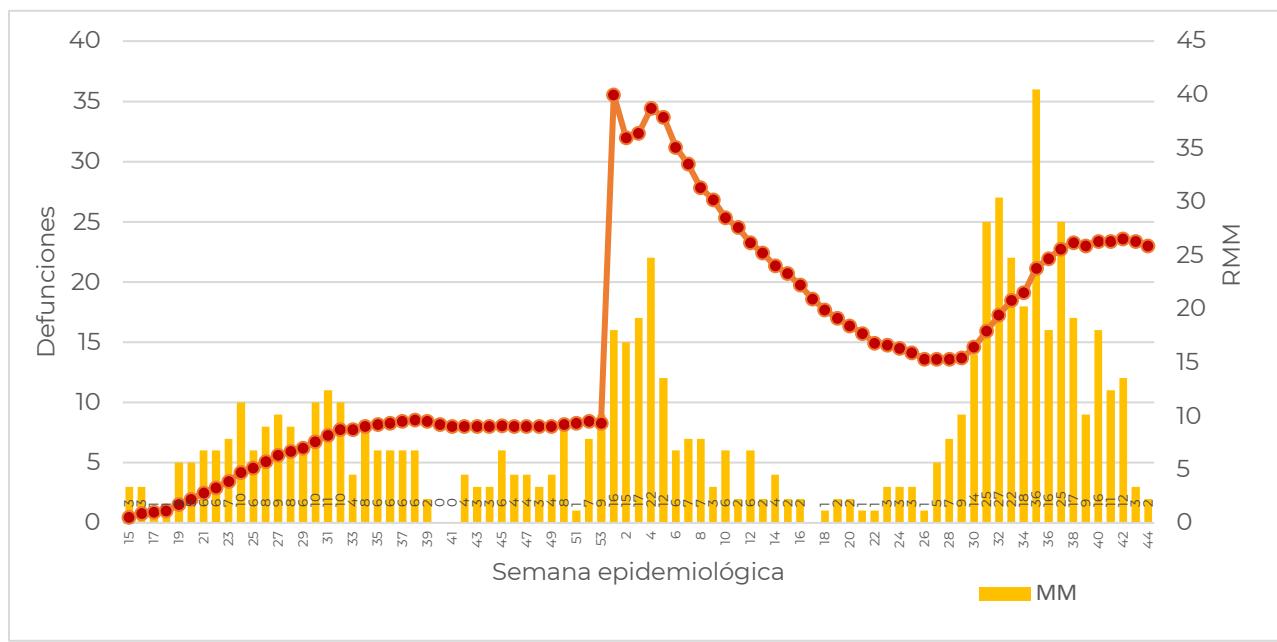
Fuente: SSA(SPPS/DGE/DVEENT)

De manera particular la razón de mortalidad materna por COVID-19 en México hasta la semana epidemiológica 44 del 2021 es de $25.9 \times 100,000$ recién nacidos vivos; podemos observar que prácticamente todas las entidades federativas del país ya cuentan con muertes maternas asociadas a COVID-19 excepto el estado de Zacatecas en donde no se han registrado defunciones asociadas a COVID-19; por lo que para la semana

Informe integral COVID-19 en México

epidemiológica 44 de 2021 se han contabilizado 427 defunciones maternas por COVID-19 lo que representa una letalidad para el 2021 de 2.11%; las entidades con mayor número de defunciones maternas asociadas a COVID-19 19 se encuentra el Estado de México con un total de 58 defunciones, Puebla con un total de 39 defunciones y en tercer lugar Veracruz con un total de 37 defunciones acumuladas hasta el 6 de noviembre; las entidades con menor número de defunciones maternas asociadas a COVID-19 son Durango con 3, Colima con 2 y Aguascalientes con 2. Cuando se observa la razón de mortalidad por cada una de las entidades podemos encontrar que las que tienen mayor razón de mortalidad materna elevada podemos encontrar por ejemplo el caso de Yucatán con una razón de 45.9×6000 recién nacidos vivos el caso del estado de San Luis Potosí con una razón de 53.6 así mismo el estado de Quintana Roo con una razón de 46.2 y finalmente el estado de Baja California con una razón de 41.7 es importante mencionar que los demás estados se encuentran muy cerca o por debajo de la media nacional que es 25.9 a la semana epidemiológica 44.

Gráfico 2. RMM por COVID-19 por semana epidemiológica, corte 6 de noviembre 2021



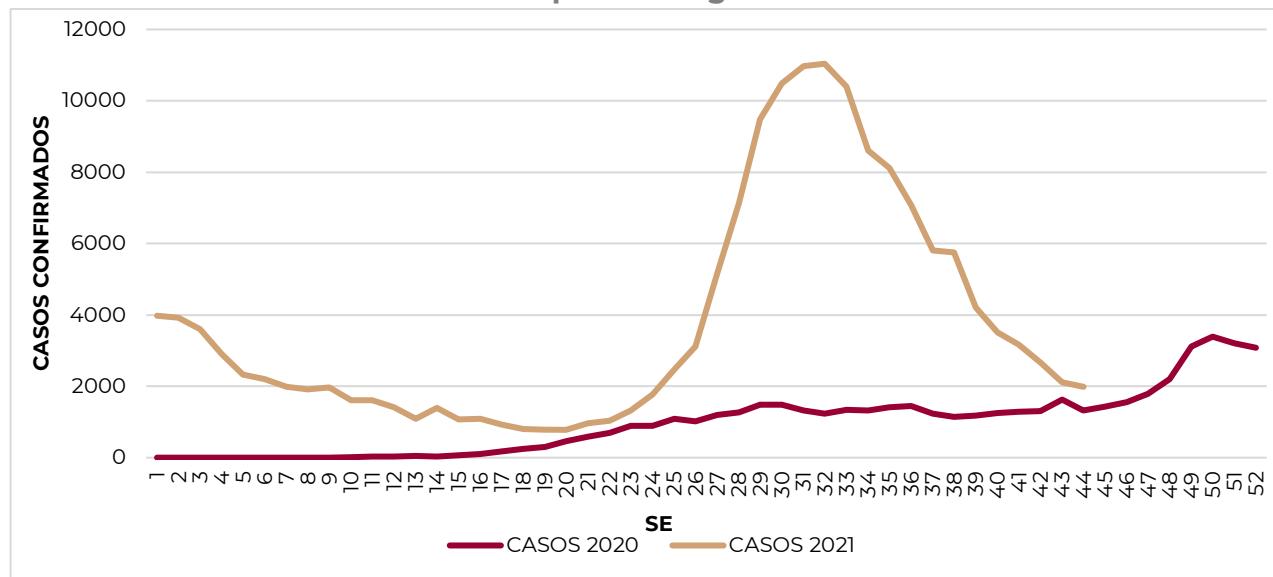
Finalmente, la RMM por semana epidemiológica, muestra una tendencia a la baja con una razón a la semana 44 de $25.9 \times 100,000$ RNV, así mismo se muestra el incremento de la RMM de la semana 27 a la semana 38, el cual coincide con el incremento de caos registrados en el país.

3.4. La COVID-19 en niñas, niños y adolescentes

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) generalmente conduce a un curso de enfermedad infecciosa leve en los niños, sin embargo pueden ocurrir complicaciones graves junto con una infección aguda y fenómenos asociados. De manera similar a las manifestaciones y curso clínico, pudieran ser diferentes en niños.

En el acumulado de la pandemia por COVID-19 en México, al corte de información con la fecha de inicio de síntomas al 06 de noviembre del 2021, se han registrado en el SISVER, 219,586 casos menores de 18 años. En esta curva epidémica por año y semana de inicio de síntomas, puede observarse que los casos acumulados en el año 2021 para este grupo de edad, superaron a los del año 2020, teniendo su acmé en las semanas epidemiológicas 31 y 32, seguido de un descenso considerable hasta la fecha.

Gráfica 1. Casos totales en menores de 18 años acumulados por semana epidemiológica

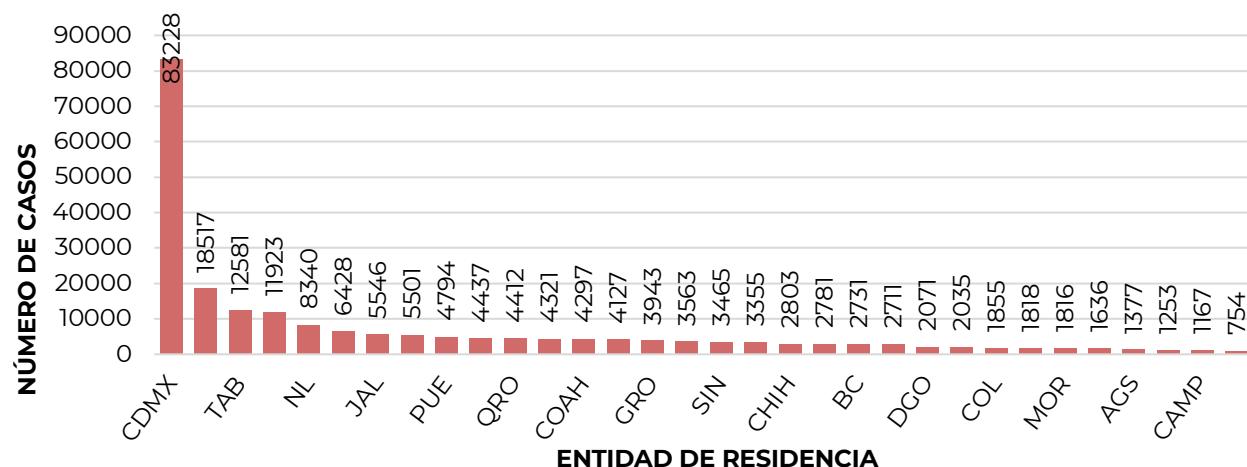


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

La siguiente gráfica muestra la distribución de casos en menores de edad por entidad federativa de residencia

Informe integral COVID-19 en México

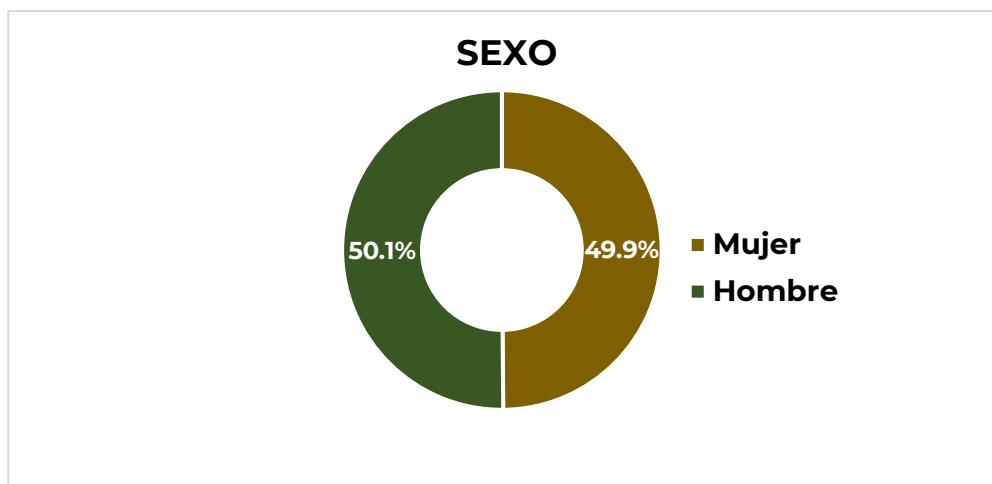
Gráfica 2. Casos totales en menores de 18 años acumulados por entidad de residencia



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

La distribución por edad y género, muestra un discreto predominio en los hombres (50.1%); Las curvas epidémicas de casos confirmados por semana epidemiológica y grupos de edad, posicionan a los grupos de 10 - 14 y 15 - 17 años con una mayor frecuencia en casos, en comparación con el resto de los grupos.

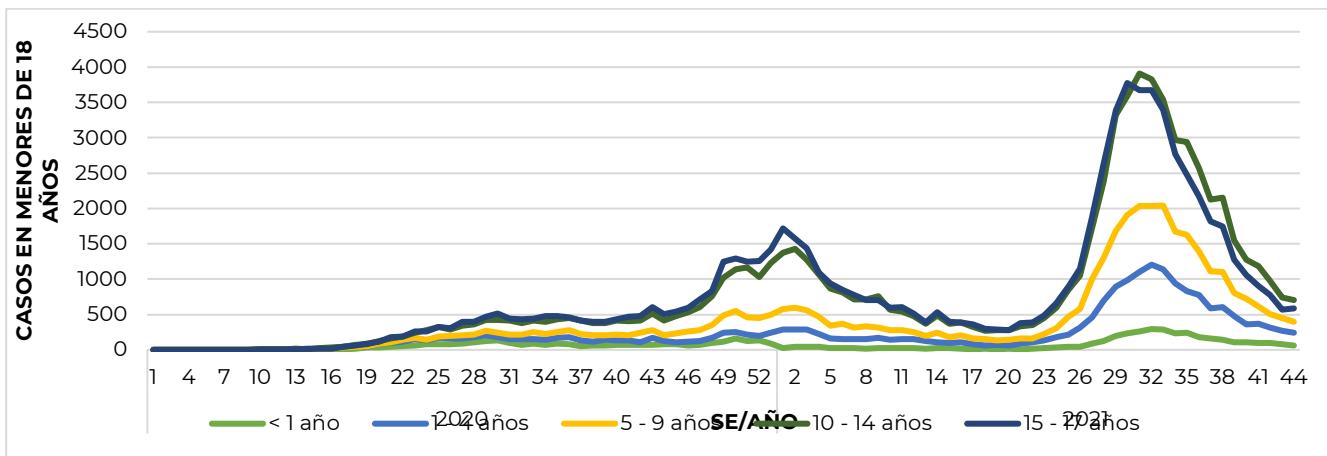
Gráfica 3. Casos totales en menores de 18 años acumulados por género



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

Informe integral COVID-19 en México

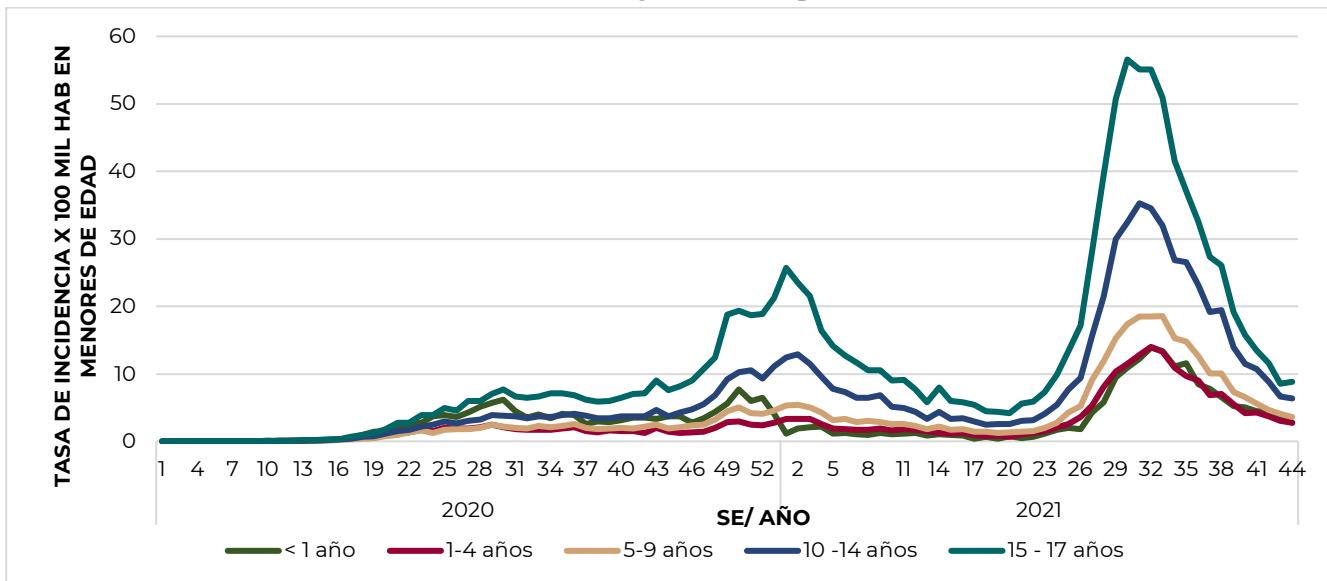
Gráfica 4. Casos totales en menores de 18 años acumulados por grupo de edad y semana epidemiológica



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /Méjico- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

Respecto a la tasa de incidencia, los menores de edad representan una tasa de 497.2 casos por cada 100.000 habitantes; el grupo de 15 a 17 años es quien representa una tasa mayor a lo largo de la pandemia, seguido de 10 – 14 años y 5 – 9 años, con un descenso considerable en las últimas ocho semanas.

Gráfica 5. Tasa de incidencia en menores de 18 años acumulados por grupo de edad y semana epidemiológica



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /Méjico- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

DEFUNCIONES MENORES DE 18 AÑOS

Al corte de esta información se han registrado 966 defunciones a COVID-19 en menores de 18 años por laboratorio, por antígeno y por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica. La tabla muestra el número de defunciones totales acumuladas por entidad federativa de notificación; La CDMX, Puebla, Estado de México, Nuevo León, Baja California, Oaxaca, Veracruz, Guanajuato, Jalisco y Chihuahua concentran el 67% de las defunciones para este grupo de edad.

Tabla 1. Defunciones en menores de 18 años

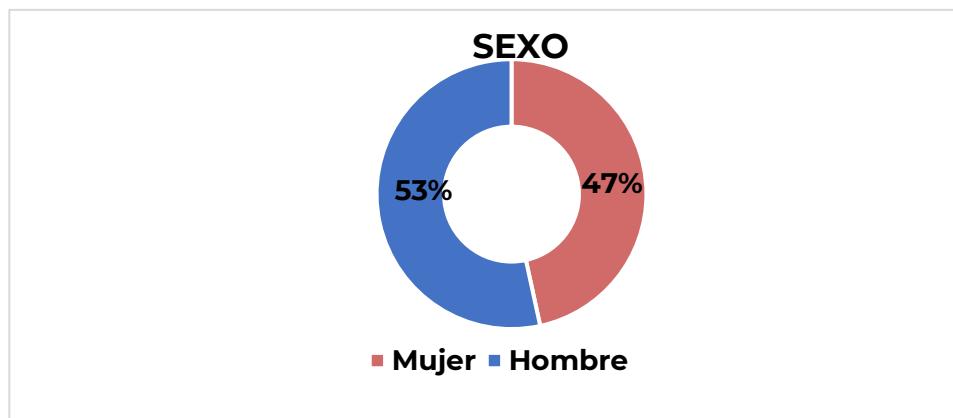
Entidad Federativa	Defunciones Positivas
AGUASCALIENTES	26
BAJA CALIFORNIA	53
BAJA CALIFORNIA SUR	8
CAMPECHE	3
COAHUILA	22
COLIMA	6
CHIAPAS	8
CHIHUAHUA	34
CIUDAD DE MÉXICO	160
DURANGO	0
GUANAJUATO	43
GUERRERO	31
HIDALGO	12
JALISCO	40
MÉXICO	76
MICHOACÁN	17
MORELOS	10
NAYARIT	5
NUEVO LEÓN	69
OAXACA	49
PUEBLA	76
QUERÉTARO	10
QUINTANA ROO	14
SAN LUIS POTOSÍ	18
SINALOA	28
SONORA	16
TABASCO	24
TAMAULIPAS	20
TLAXCALA	12
VERACRUZ	46

YUCATÁN	16
ZACATECAS	14
NACIONAL	966

Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

En la gráfica siguiente, se aprecia la distribución por género, teniendo en cuenta que el 53% de las defunciones se han presentado en hombres.

Gráfico 1. Defunciones en menores de 18 años por género

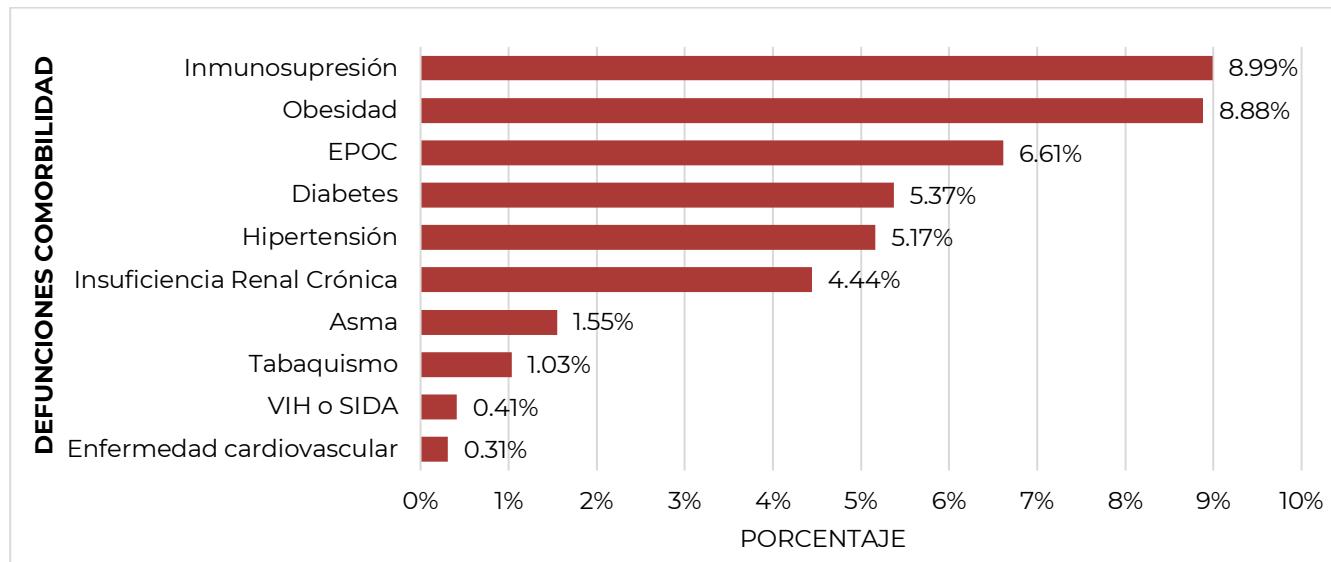


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

La distribución por grupo de edad y semana epidemiológica de las defunciones en menores muestra que los menores de 1 año, es el grupo de edad con un mayor número de defunciones (n=263), representando el 27% de los decesos en menores, seguido del grupo de 15 a 17 años (n=220) con un 23%; este mismo comportamiento puede observarse en la distribución de la tasa de mortalidad por cada 100, 000 habitantes. Las curvas epidémicas de estos casos y tasa de mortalidad de grupos de edad se muestran en las siguientes gráficas.

Al ser un grupo vulnerable por su edad y no contar con una cobertura vacunal contra COVID-19, en la mayoría de los casos, esta población también registra comorbilidades que pudieron contribuir a su desenlace; la siguiente gráfica muestra la distribución de las comorbilidades presentes en las defunciones en los menores de edad, teniendo como principales la inmunosupresión, obesidad y EPOC.

Gráfica 9. Distribución de comorbilidades en menores de 18 años acumulados por grupo de edad y semana epidemiológica



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

3.5. Población adulta mayor

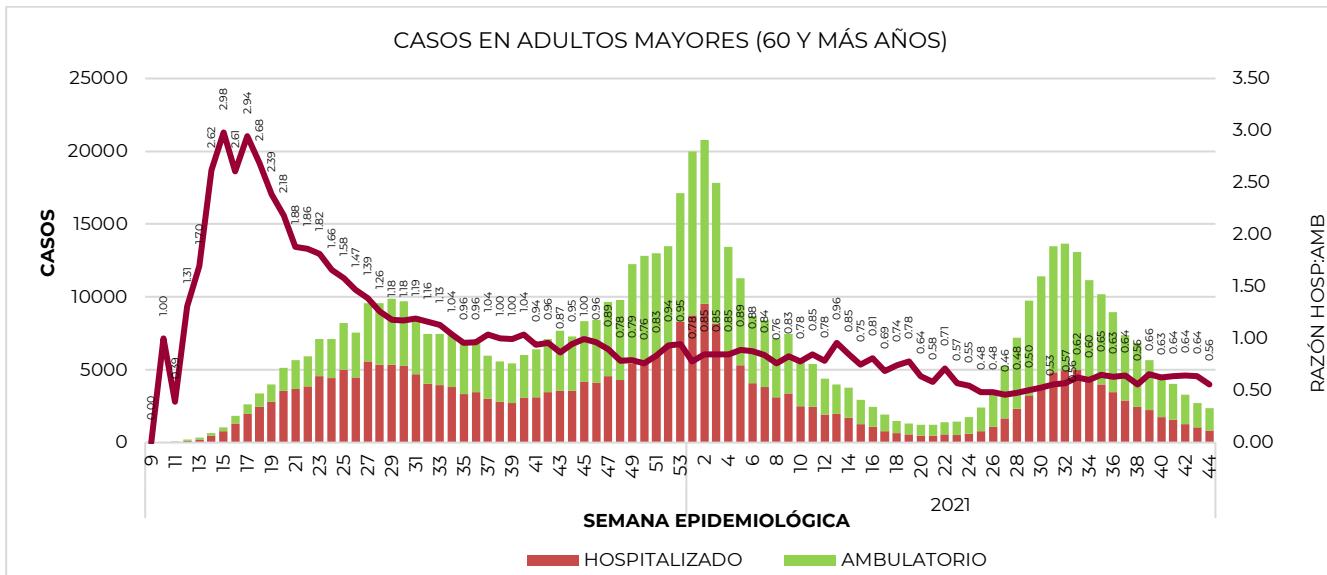
COVID-19 se ha caracterizado a nivel mundial por un mayor desenlace fatal, especialmente entre los pacientes de edad avanzada. De hecho, desde el comienzo de la pandemia, las personas con una edad avanzada se han identificado como un factor de riesgo importante para la gravedad de la enfermedad, con tasas crecientes de mortalidad. Esto puede ser consecuencia de un peor estado de salud previo, una mayor prevalencia de comorbilidades preexistentes y un mayor grado de fragilidad.

El siguiente análisis se presenta con una fecha de corte al 16 de noviembre y un análisis al 06 de noviembre según la fecha de inicio de síntomas.

La gráfica muestra los casos confirmados por semana epidemiológica en personas mayores de 60 años de acuerdo a la fecha de inicio de síntomas, donde se muestra la proporción entre pacientes hospitalizados y de tipo ambulatorio con un total de 602,970 casos confirmados a COVID-19 en adultos mayores.

Informe integral COVID-19 en México

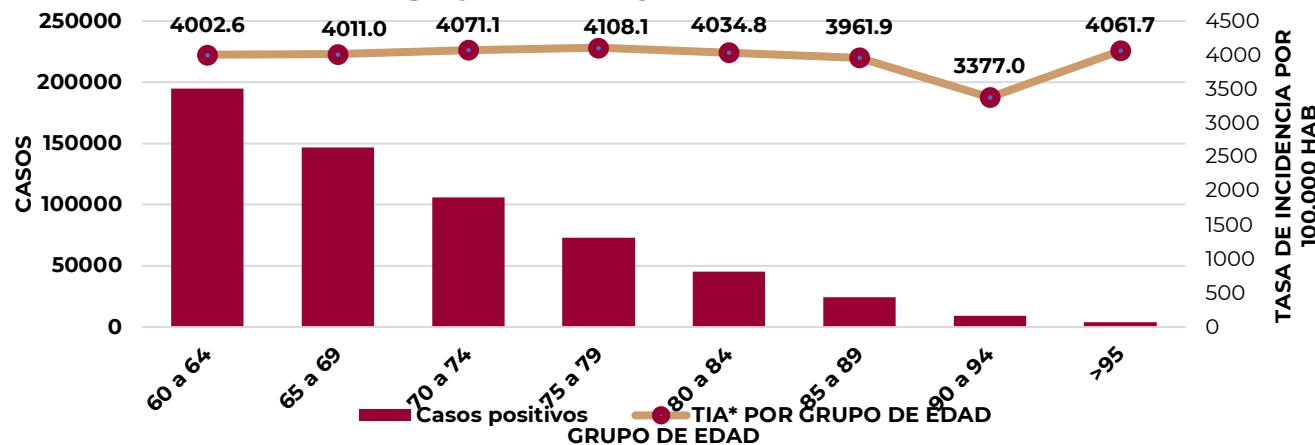
Gráfica 1. Distribución de casos hospitalizados y ambulatorios en casos de adultos mayores confirmados por semana epidemiológica y año epidemiológico



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /Méjico- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

La distribución por grupos de edad, se describe en la siguiente gráfica, los casos por grupo de edad, muestran que el grupo con mayor número de casos confirmados acumulados es el de 60 a 64 años con un total de 194,856, sin embargo, el grupo de edad con la mayor tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes es el de 75 a 79 años (T.I.A. 4108.1).

Gráfica 2. Distribución de casos en adultos mayores confirmados acumulados por grupo de edad y tasa de incidencia

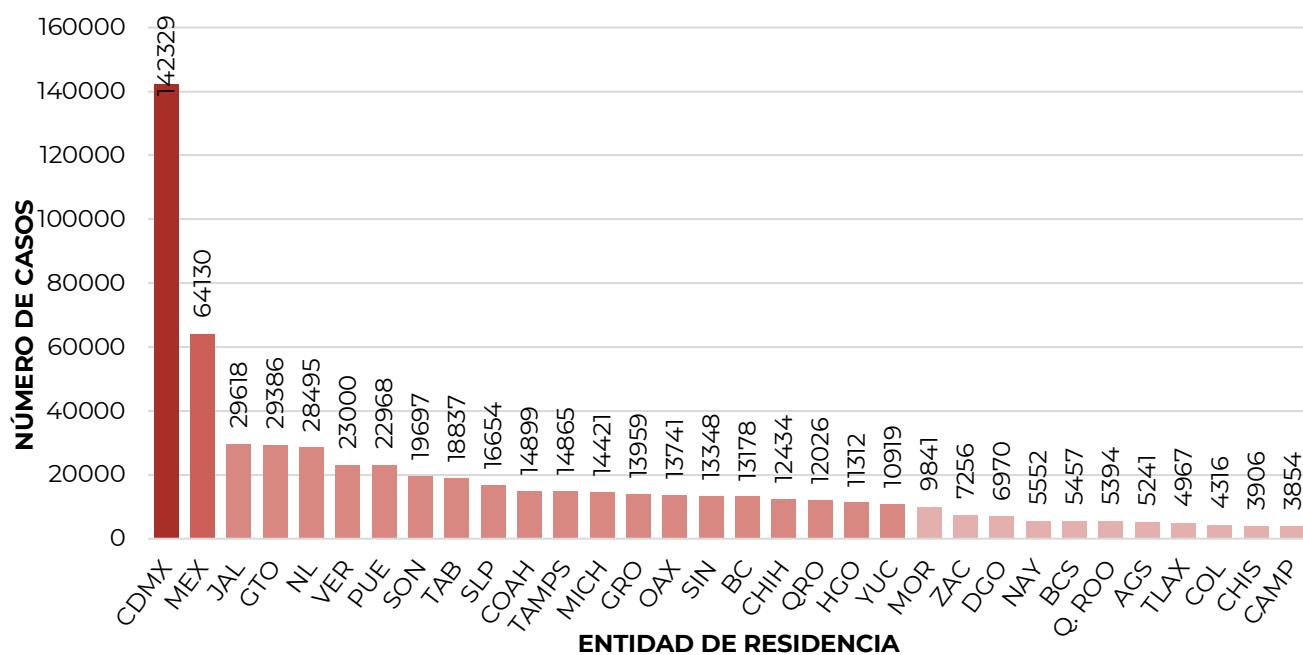


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /Méjico- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

Informe integral COVID-19 en México

La siguiente gráfica muestra los casos confirmados por entidad de residencia en personas mayores de 60 años, teniendo al corte de información 602,970 casos confirmados a COVID-19. Las 10 primeras entidades que acumulan el mayor número de casos en estos grupos de edad son: Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Guanajuato, Nuevo León, Veracruz, Puebla, Sonora, Tabasco y San Luis Potosí.

Gráfica 3. Distribución de casos confirmados acumulados en casos de adultos mayores por entidad de residencia

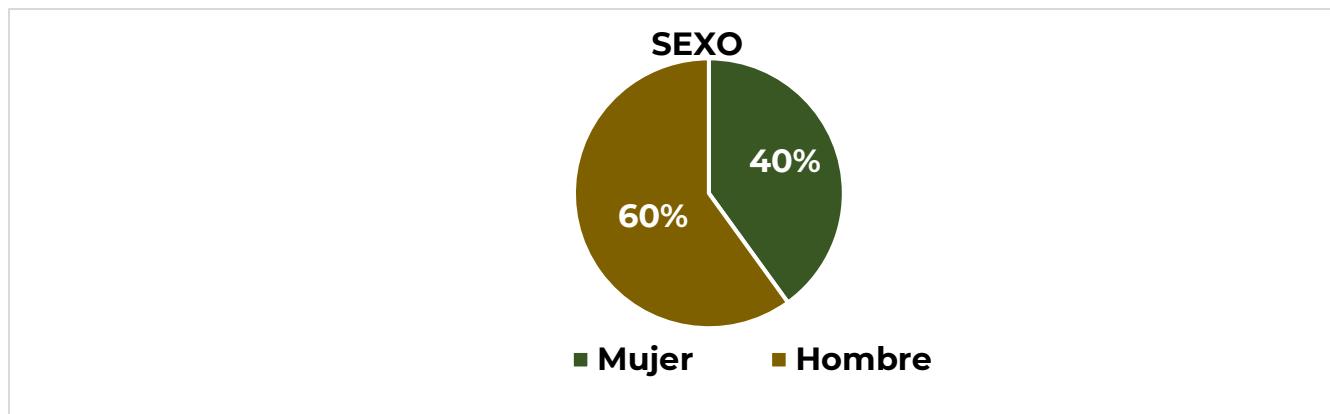


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

DEFUNCIONES EN MAYORES DE 60 AÑOS

Las defunciones acumuladas para esta población al corte de información son 179,022. La siguiente gráfica describe la distribución por género, donde el 60% pertenecen al género masculino en adultos mayores.

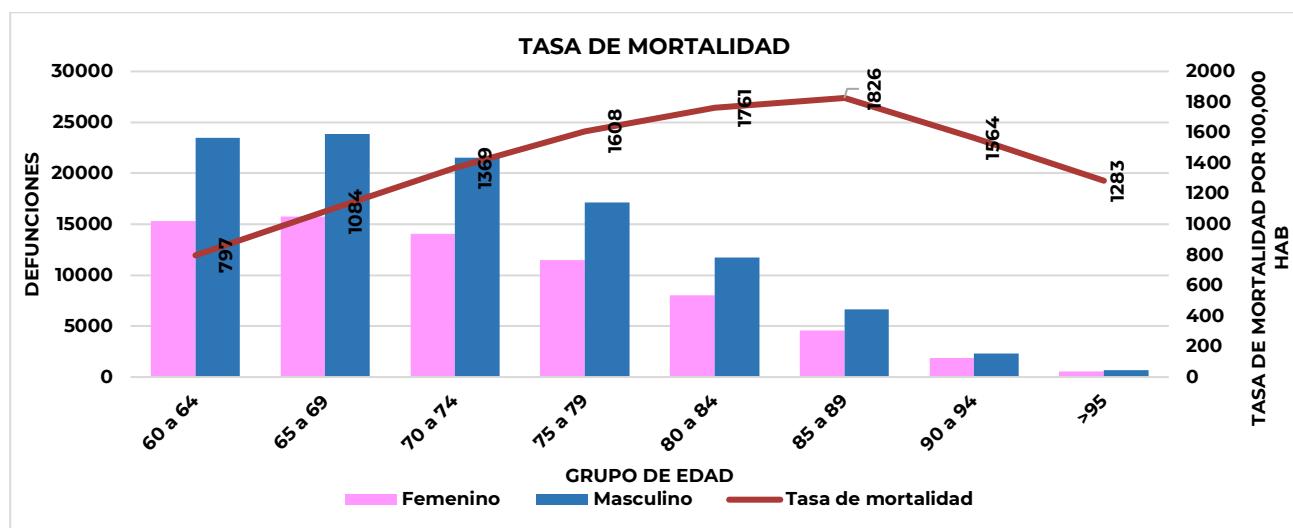
Gráfica 4. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por género



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

La tasa de mortalidad por cada 100,000 habitantes en grupos de edad mayores de 60 años, es de 1,193.2. En el siguiente gráfico puede observarse que dentro de esta población, los adultos mayores entre 85 a 89 años, son lo que registran una tasa de mortalidad mayor comparado con el resto de los grupos de edad.

Gráfica 5. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por género, grupo de edad y tasa de mortalidad

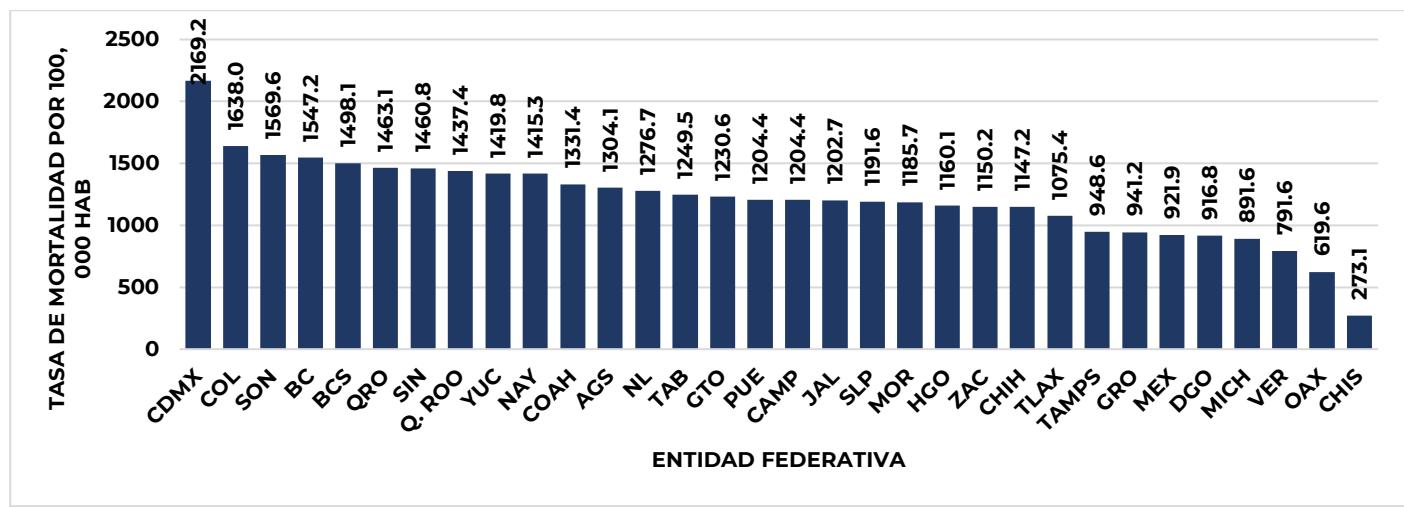


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

Informe integral COVID-19 en México

La distribución por entidad federativa, muestra que en los primeros lugares por tasa se encuentran Ciudad de México, Colima, Sonora, Baja California, Baja California Sur, Querétaro, Sinaloa, Quintana Roo, Yucatán y Nayarit.

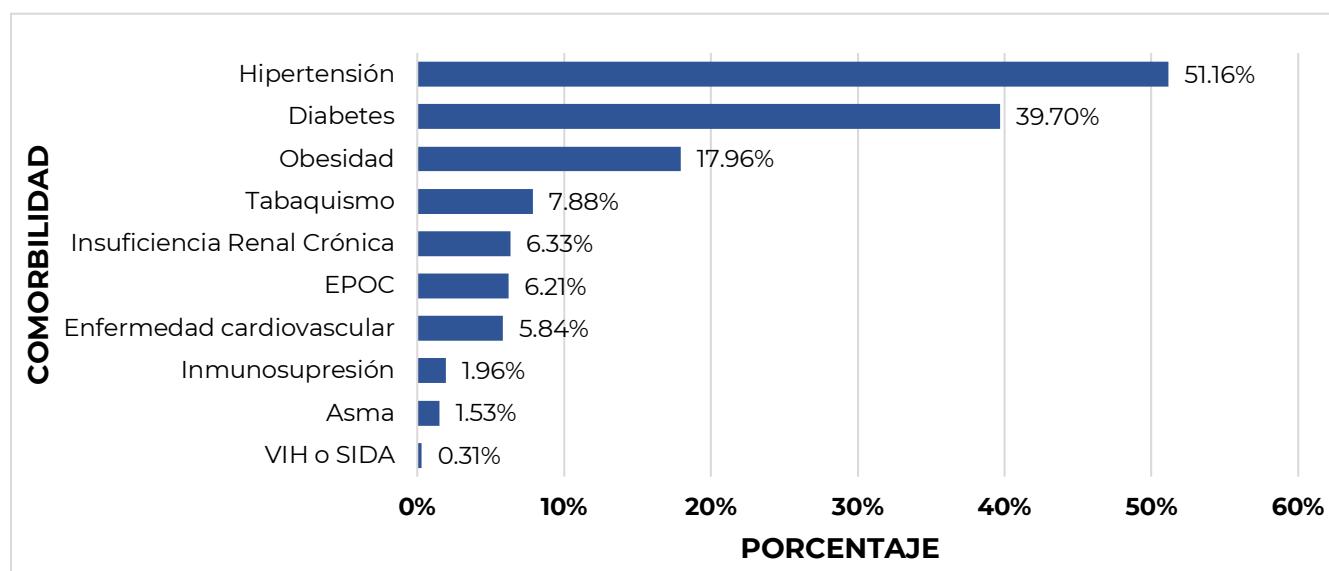
Gráfica 6. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por entidad de notificación



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

El siguiente gráfico muestra la distribución de las comorbilidades en personas fallecidas de los grupos de edad mayores de 60 años, siendo hipertensión, diabetes y obesidad las de mayor porcentaje del total de defunciones (n=179,022).

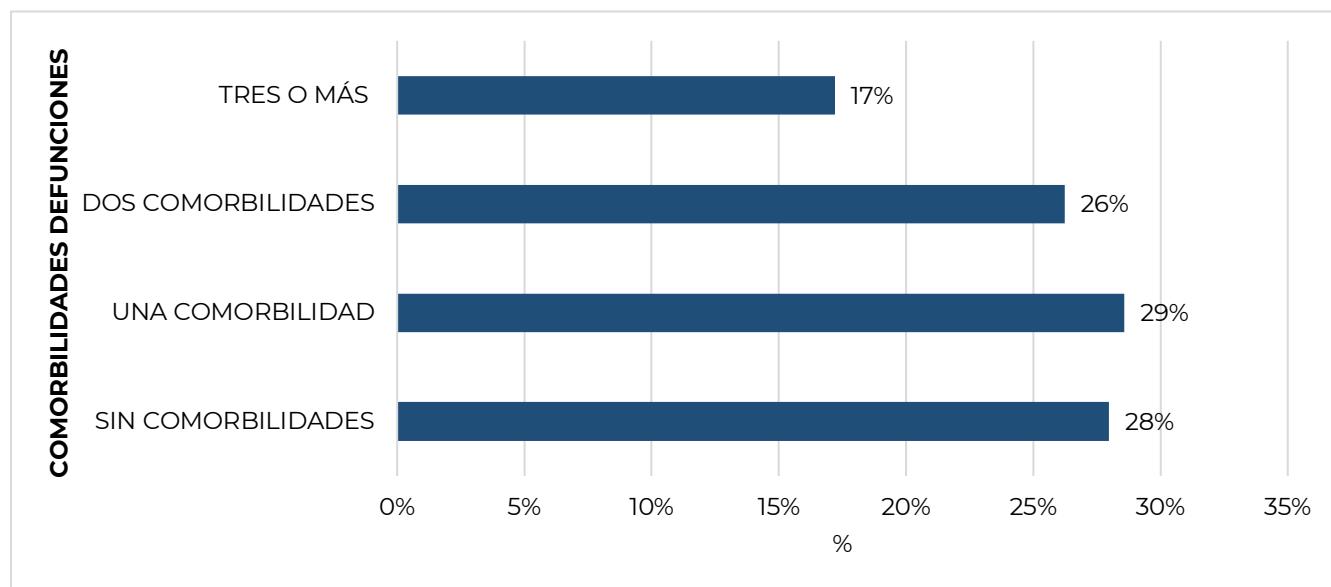
Gráfica 7. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por frecuencia de comorbilidad



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

El número de comorbilidades presentes en los casos ha sido un factor importante para el curso en la evolución de los mismos. Las defunciones con tres o más comorbilidades en estos grupos de edad representan el 17% del total, con dos comorbilidades 26%, una comorbilidad 29% y sin comorbilidades 28% como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfica 8. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas en casos de adultos mayores por número de comorbilidad



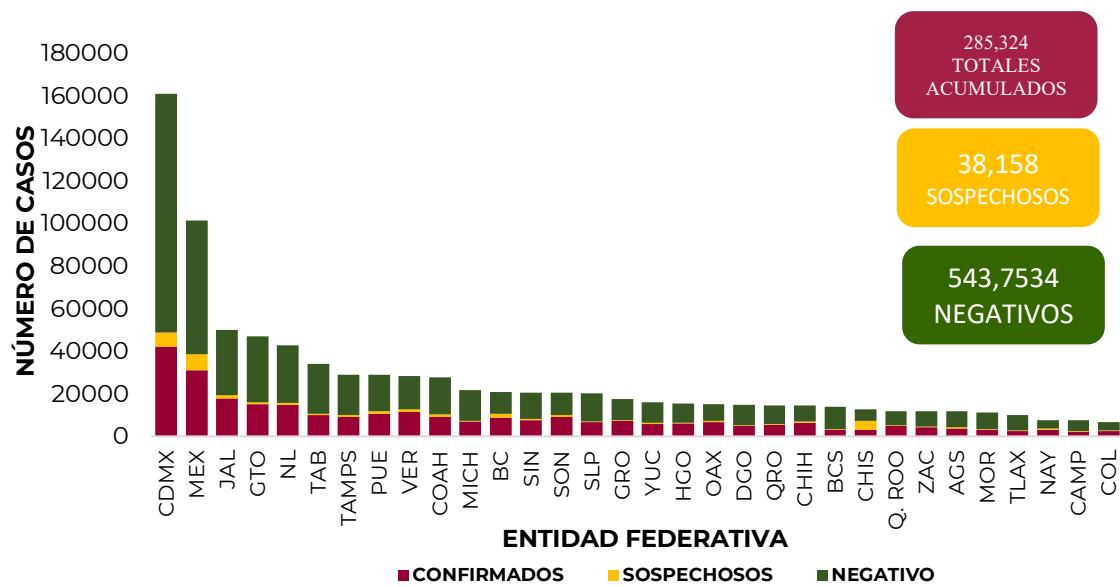
Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

3.6. COVID-19 en personal de salud

El análisis que a continuación se describe corresponde al registro de la variable “ocupación” del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER), el cual refleja el número de casos que refirieron desempeñar una ocupación relacionada a la salud; sin embargo, estos registros, no permiten identificar si el contagio sucedió en el lugar de trabajo, en el hogar o la comunidad; tampoco establecer si el personal de salud se encuentra laborando actualmente en una unidad de atención médica.

La construcción de este reporte se llevó a cabo con fecha de corte al día 16 de noviembre de 2021, considerando la fecha reporte del inicio de síntomas al día 6 de noviembre de 2021, lo que corresponde a la semana epidemiológica número 44 del presente año.

Grafica 1. COVID-19: Casos totales en Personal de Salud por Entidad Federativa

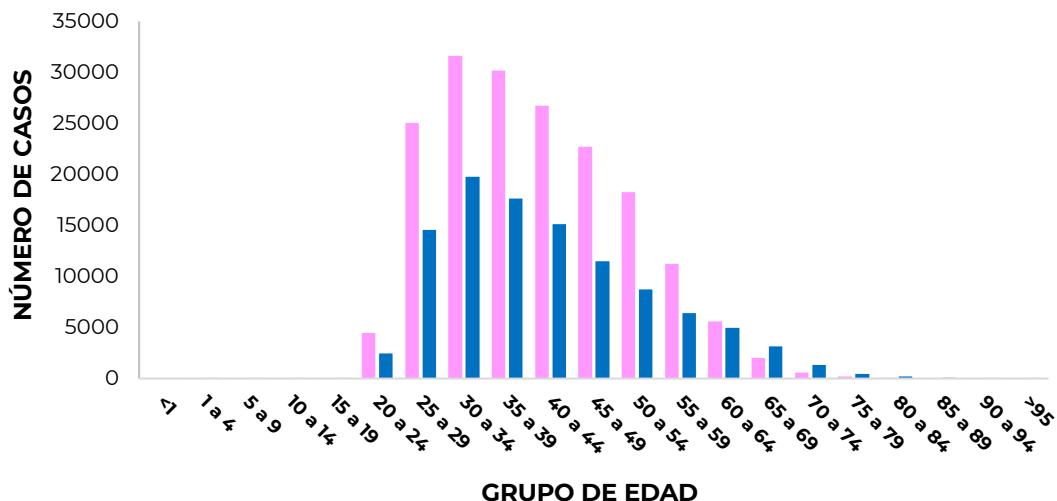


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

Al día 6 de noviembre del 2021 en México se registraron 285,324 casos confirmados de COVID-19, 38,158 casos sospechosos y 543,754 casos negativos entre el personal de salud; las cinco entidades federativas con mayor número de casos positivos a COVID-19 fueron la Ciudad de México con 42,287 casos, Edo. de México 31,104 casos, Jalisco 17,692 casos, Guanajuato 15,102 casos y Nuevo León con 14,843 casos, estos constituyen el 42.4% de los casos nacionales. El estado de Colima ha sido la entidad federativa con el menor número de casos de infección por SARS-CoV-2 a nivel nacional.

Informe integral COVID-19 en México

Gráfica 2. Distribución de casos confirmados a COVID-19 en Personal de Salud por grupo de edad y sexo

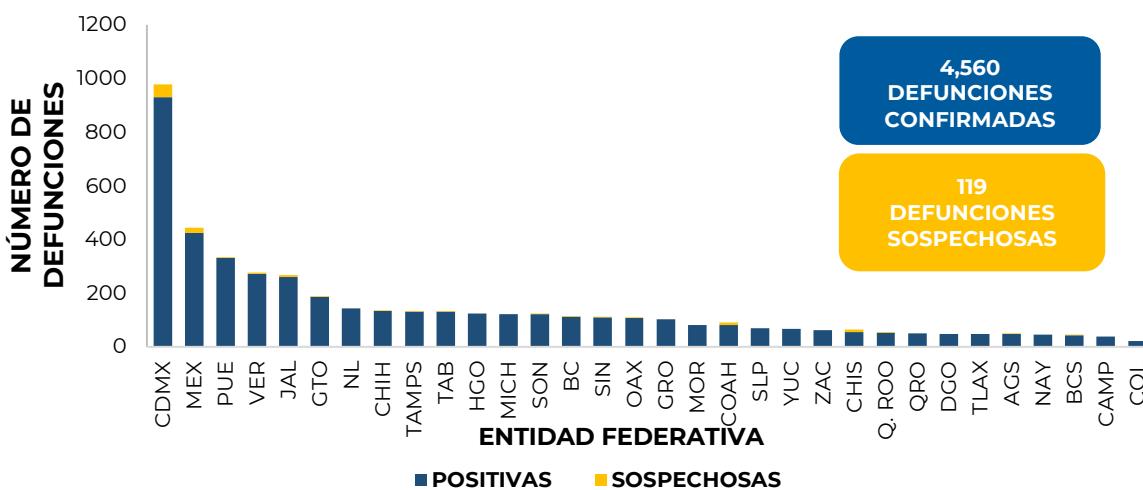


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

El grupo de edad con mayor número de casos confirmados por COVID-19 es el de 30 a 34 años con 31,601 casos en mujeres y 19,783 casos en hombres, respectivamente; la mayor proporción de casos se registró en el sexo femenino con un 62.7%.

Las comorbilidades con mayor frecuencia que se reportaron fueron la Obesidad en un 14.6% y la Hipertensión Arterial en un 10.9% de los casos confirmados.

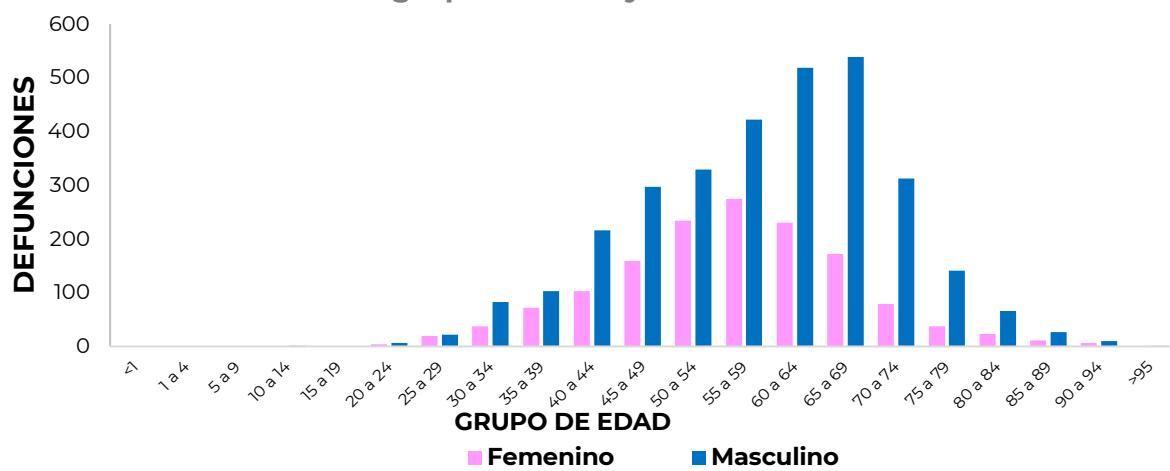
Gráfica 3. COVID-19: Defunciones en Personal de Salud por Entidad Federativa



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

En este grupo focalizado, se registraron 4,560 defunciones confirmadas y 119 defunciones sospechosas por COVID-19; las entidades federativas por arriba del promedio de defunciones a nivel nacional (142 defunciones) fueron la Ciudad de México (931), Estado de México (425), Puebla (331), Veracruz (273), Jalisco (261), Guanajuato (186) y Nuevo León (144), representando el 56% de las defunciones a nivel nacional.

Gráfica 4. Distribución de casos confirmados a COVID-19 del Personal de Salud por grupo de edad y sexo

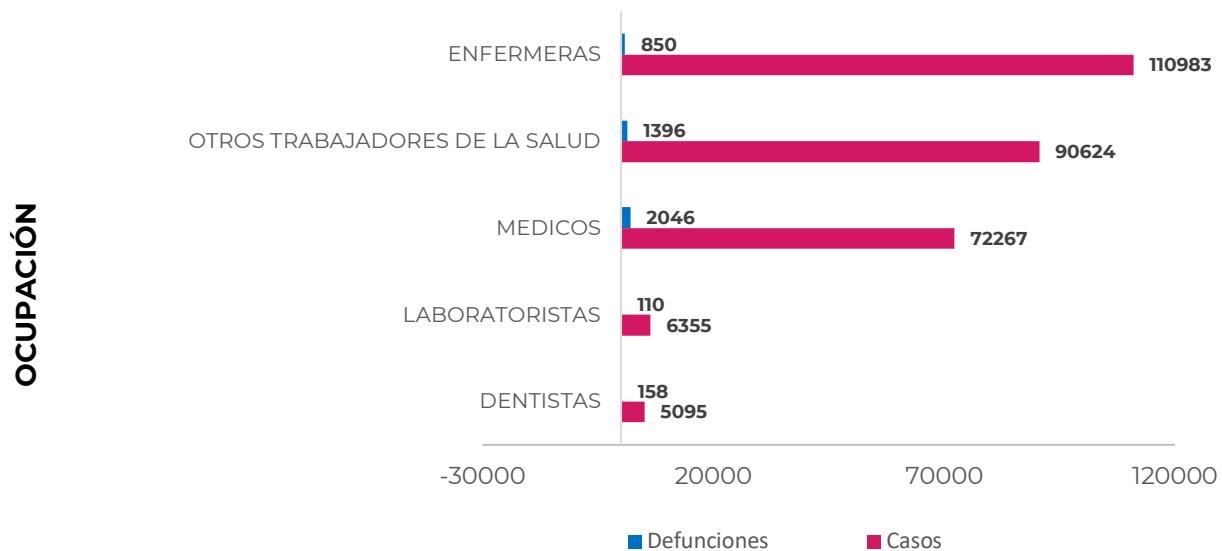


Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

En cuanto a la distribución de las defunciones por grupo de edad y sexo en personal de salud por COVID-19, se observa que el grupo de edad con mayor número de defunciones en hombres fue de 65 a 69 años con 539 defunciones y en mujeres de 55 a 59 años con 275 defunciones. El sexo con mayor número de defunciones es el sexo masculino con un 67.8%.

Con respecto al tipo de ocupación la frecuencia de casos y defunciones confirmadas fue la siguiente: la ocupación con más casos por COVID-19 fueron las Enfermeras (110,983 casos) con un 38.9% del total de casos confirmados y la ocupación con mayor número de defunciones por COVID-19 fueron los Médicos (2046 defunciones) con un 45% del total de defunciones confirmadas.

Gráfica 5. Casos confirmados y defunciones confirmados por COVID-19 por ocupación del Personal de Salud



Fuente: SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/Informe. COVID-19 /México- 16 de noviembre de 2021 (corte 9:00hrs).

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 Y EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN

4.1. Antecedente de la Política Nacional de Vacunación

La estrategia de vacunación contra la COVID-19 implica grandes retos, entre los que destacan los diferentes requerimientos de manejo y administración de los prospectos de vacunas. México participa de manera activa en diversas iniciativas para tener acceso a la vacuna, estableciendo como prioridad que la población mexicana, cuente con vacunas seguras y eficaces. A través de los procesos de autorización sanitaria, el Gobierno de México, garantiza que la vacuna que se distribuya y aplique, cumpla con todas las pruebas y características necesarias, para proteger la vida y la seguridad de todas las personas. Asimismo, se seguirá vigilando la salud de las personas a las que se apliquen las vacunas para que el perfil de seguridad, eficacia y eficiencia de los biológicos se mantenga en los más altos estándares de calidad.

La política nacional de vacunación tiene como objetivo principal la disminución en la carga de enfermedad, así como en el número de defunciones ocasionada por la COVID-19.

Actualmente existen ocho vacunas disponibles en México, de las cuales siete se usan en la estrategia operativa de la Política nacional de vacunación contra la COVID-19, y se ejecuta una estrategia concurrente de vacunación de diversos grupos prioritarios.

Tabla 1. Vacunas disponibles en México

Vacuna (Farmacéutica)	Nombre común	Plataforma de diseño	Dosis de esquema completo	Tiempo entredosis	Efectos secundarios más comunes
BNT162b2 (Pfizer, Inc./BioNTech)	Pfizer	ARNm	2	3–6 semanas	Dolor en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, y fiebre
AZD1222 (AstraZeneca/ Universidad de Oxford)	Astra	Vector viral no replicante	2	8–12 semanas	Dolor en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, y fiebre
Gam-COVID-Vac (Instituto Gamaleya)	SputnikV	Vector viral no replicante	2	3–13 semanas	Dolor e hinchazón en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, fiebre, malestar general y escalofríos

Informe integral COVID-19 en México

Ad5-nCoV (CanSino Biologics Inc)	Cansino	Vector viral no replicante	1	No aplica, el esquema se completa con una sola dosis	Dolor, comezón, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, fiebre, diarrea, náusea, vómito, bajo apetito, mareo, tos y dolor de garganta
CoronaVac (Sinovac Research and Development Co)	Sinovac	Virus inactivado	2	4–5 semanas	Dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, fiebre, diarrea y escalofríos
Spikevax (Moderna)	Moderna	ARN mensajero	2	4–6 semanas	Dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, fiebre y náuseas
Ad26.CoV2.S (Janssen)	Janssen	Vector viral no replicante	1	No aplica, el esquema se completa con una sola dosis	Dolor, comezón, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de inyección, cansancio, dolor de cabeza, músculos y articulaciones, fiebre, diarrea, náusea, vómito, bajo apetito, mareo, tos y dolor de garganta

Fuente: SSA/ Política Nacional de Vacunación

4.2. Panorama nacional de los ESAVI

ESAVI grave y no grave en hombres y mujeres por entidad federativa

Desde el inicio de la campaña de vacunación el día 24 de diciembre de 2020 a la semana epidemiológica número 44 de 2021, se han registrado un total de **31,261** Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). De estos, 30,438 (**97.4%**) casos fueron no graves, los cuales se presentaron más comúnmente en mujeres que hombres; los tres estados que reportaron más ESAVIs no graves fueron: Ciudad de México, Jalisco y Estado de México. Por su parte, se han reportado 823 (**2.6 %**) casos de ESAVI grave; igualmente se presentaron mayormente en mujeres, aunque en menor proporción que los no graves. Los tres estados que reportaron más ESAVIs graves fueron: Jalisco, Ciudad de México e Hidalgo.

Tabla 1. Número de ESAVI graves y no graves por sexo y entidad federativa, hasta la S.E. 44 en México, 2021

ENTIDAD	NO GRAVE			GRAVE		
	SEXO		TOTAL	SEXO		TOTAL
	H	M		H	M	
AGUASCALIENTES	135	291	426	5	6	11
BAJA CALIFORNIA	629	1342	1971	11	19	30
BAJA CALIFORNIA SUR	57	107	164	8	5	13
CAMPECHE	127	258	385	1	3	4
CHIAPAS	171	313	484	2	1	3
CHIHUAHUA	262	841	1103	14	22	36
CIUDAD DE MEXICO	1147	2849	3996	58	56	114
COAHUILA	257	555	812	2	17	19
COLIMA	94	258	352	6	9	15
DURANGO	8	34	42	2	5	7
GUANAJUATO	167	559	726	19	25	44
GUERRERO	157	496	653	18	8	26
HIDALGO	475	1436	1911	33	39	72
JALISCO	688	2086	2774	28	118	146
MEXICO	689	1569	2258	13	22	35
MICHOACAN	47	149	196	7	9	16
MORELOS	56	208	264	6	5	11
NAYARIT	89	277	366	6	14	20
NUEVO LEON	485	1517	2002	20	21	41
OAXACA	281	766	1047	9	15	24
PUEBLA	198	525	723	0	3	3
QUERETARO	171	543	714	5	10	15
QUINTANA ROO	222	528	750	13	15	28
SAN LUIS POTOSÍ	235	785	1020	9	5	14
SINALOA	38	105	143	2	3	5
SONORA	192	488	680	3	9	12
TABASCO	155	376	531	5	4	9
TAMAULIPAS	233	439	672	9	8	17
TLAXCALA	285	797	1082	3	1	4
VERACRUZ	277	702	979	8	7	15
YUCATAN	81	161	242	0	1	1
ZACATECAS	292	678	970	7	6	13
TOTAL	8,400	22,038	30,438	332	491	823

Fuente: SSA/DGE/DVEET/SVE ESAVI/ Base de datos ESAVI. Corte a la semana epidemiológica 44.

Casos de ESAVI por grupo de edad y sexo

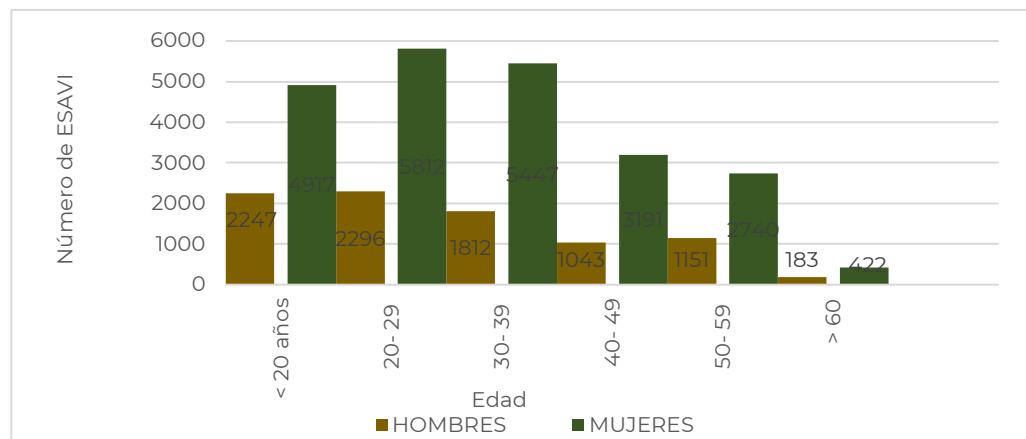
A la semana epidemiológica número 44 de 2021, el grupo de edad en el que se ha reportado más ESAVI corresponde al grupo de **20 a 29 años** de edad, con un predominio en mujeres.

Para el caso de las mujeres, los grupos siguientes con más casos registrados son el de 30 a 39 años y el de menores de 20 años, respectivamente. En el grupo de hombres, estos se

encuentran invertidos, siendo más común en los menores de 20 que en los hombres de 30 a 39 años.

Las personas mayores de 60 años, son quienes menos ESAVIs han registrado.

Gráfica 1. Casos de ESAVI grave y no grave por grupo de edad y sexo.



Fuente: SSA/DGE/DVEET/SVE ESAVI/ Base de datos ESAVI. Corte a la semana epidemiológica 44.

ESAVI graves y no graves más comunes

El síntoma más frecuente en ESAVI es dolor de cabeza, presentándose en 5 de cada 10 personas con ESAVI grave y 6 de cada 10 personas con ESAVI no grave. Seguida de cansancio y dificultad para respirar en ESAVI grave; y dolor en el sitio de aplicación y cansancio en ESAVI no grave.

Tablas 2 y 3. Porcentajes por tipos de ESAVI grave y no grave

ESAVI GRAVE		
Dato clínico	No. de ESAVI	%
Dolor de cabeza/cefalea	381	46.29%
Cansancio/astenia	311	37.79%
Dificultad para respirar/disnea	260	31.59%
Debilidad	231	28.07%
Mareo	229	27.83%
Fiebre	218	26.49%

Dolor muscular/mialgias	207	25.15%
Náuseas	185	22.48%
Dolor en el sitio de aplicación	183	22.24%
Dolor de articulaciones/artralgias	164	19.93%

ESAVI NO GRAVE		
Dato clínico	No. de ESAVI	%
Dolor de cabeza/cefalea	19,716	64.77%
Dolor en el sitio de aplicación	13,897	45.66%
Cansancio/astenia	12,205	40.10%
Dolor muscular/mialgias	12,205	40.10%
Dolor de articulaciones/artralgias	10,218	33.57%
Fiebre	9,789	32.16%
Mareo	8,783	28.86%
Náuseas	7,877	25.88%
Escalofríos	7,642	25.11%
Debilidad	7,437	24.43%

Fuente: SSA/DGE/DVEET/SVE ESAVI/ Base de datos ESAVI. Corte a la semana epidemiológica 44.

4.2. Descripción de ESAVI por marca de vacuna

ESAVI grave y no grave por vacuna

A la semana epidemiológica número 44 de 2021, la vacuna con la que se han registrado un mayor número de **ESAVI no graves**, es la producida por los laboratorios Pfizer/BioNTech, con un total de 17,821 (**58.5 %**) no graves; seguida de la desarrollada por AstraZeneca, con **25.1%** de los no graves.

En cuanto a los **ESAVI graves**, la vacuna desarrollada por AstraZeneca presenta el mayor número de ESAVI con 288 (**34.9 %**), seguida de la producida por Pfizer/BioNTech con 283

(34.3 %). Janssen es la vacuna con la que menos ESAVI grave se tiene registro (0.9 %). Mientras que Moderna, es la que menos ESAVI no graves ha registrado (0.9 %).

Tabla 4. Número de ESAVI graves y no graves por vacuna aplicada

Vacuna	ESAVI Grave	ESAVI No Grave	Total de ESAVI
Pfizer/BioNTech	283	17,821	18,104
AstraZeneca	288	7,656	7,944
SinoVac	108	1,641	1,749
Sputnik V	33	838	871
CanSino	61	1,353	1,414
Janssen	8	804	812
Moderna	36	281	317
Se desconoce	4	21	25
Vacunado en el extranjero	2	23	25
TOTALES	823	30,438	31,261

Fuente: SSA/DGE/DVEET/SVE ESAVI/ Base de datos ESAVI. Corte a la semana epidemiológica 44.

ESAVI grave por tipo de vacuna y entidad federativa

Hasta la semana epidemiológica 44 de 2021, la mayor cantidad de ESAVI graves registrados han sido con la vacuna desarrollada por **AstraZeneca**, con un total de 288 casos (**34.9 %**), seguida de la vacuna producida por Pfizer/BioNTech (**34.3 %**).

En ambos casos, Jalisco es el estado que más ESAVI ha reportado para ambas vacunas, seguido de Ciudad de México. Por su parte, la vacuna Janssen es con la que menos ESAVI graves se han reportado (0.9%), únicamente registrando 8 casos en Baja California, seguida de la vacuna Sputnik-V (4.0%), con un mayor número de ESAVI en Jalisco.

Tabla 5. Número de ESAVI graves por vacuna aplicada y entidad federativa

LABORATORIO	Pfizer	AstraZeneca	Sputnik V	SinoVac	CanSino	Janssen	Moderna	Vacunado en extranjero	Desconocida
ENTIDAD									
AGUASCALIENTES	1	4	0	4	0	0	0	0	0
BAJA CALIFORNIA	9	7	0	3	1	8	0	1	0
BAJA CALIFORNIA SUR	5	6	0	2	0	0	0	0	0
CAMPECHE	1	1	0	1	0	0	0	0	1
CHIAPAS	1	1	0	1	0	0	0	0	0
CHIHUAHUA	19	10	0	3	4	0	0	0	0
CIUDAD DE MEXICO	26	35	23	5	3	0	0	0	0
COAHUILA	13	6	0	1	0	0	0	1	0
COLIMA	8	3	0	3	1	0	0	0	0
DURANGO	4	2	0	1	0	0	0	0	0
GUANAJUATO	15	18	1	4	5	0	0	0	0
GUERRERO	9	2	0	14	1	0	0	0	0
HIDALGO	19	15	0	24	11	0	0	0	0
JALISCO	38	59	0	6	15	0	26	0	0
MEXICO	15	20	9	6	1	0	1	0	0
MICHOACAN	5	5	0	2	4	0	0	0	0
MORELOS	6	7	0	0	1	0	0	0	1
NAYARIT	7	8	0	5	1	0	0	0	0
NUEVO LEON	11	18	0	1	0	0	9	0	0
OAXACA	13	2	0	5	4	0	0	0	0
PUEBLA	4	3	0	1	0	0	0	0	0
QUERETARO	5	9	0	0	0	0	0	0	1
QUINTANA ROO	14	13	0	2	0	0	0	0	0
SAN LUIS POTOSÍ	7	7	0	0	0	0	0	0	0
SINALOA	1	3	0	0	1	0	0	0	0
SONORA	3	6	0	2	2	0	0	0	0
TABASCO	3	3	0	2	1	0	0	0	0
TAMAULIPAS	8	4	0	4	0	0	0	0	1
TLAXCALA	1	2	0	0	0	0	0	0	0
VERACRUZ	5	6	0	1	4	0	0	0	0
YUCATAN	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ZACATECAS	6	3	0	5	1	0	0	0	0
TOTAL	283	288	33	108	61	8	36	2	4

Fuente: SSA/DGE/DVEET/SVE ESAVI/ Base de datos ESAVI. Corte a la semana epidemiológica 44.

ESAVI no grave por tipo de vacuna y entidad federativa

Hasta la semana epidemiológica 44 de 2021, la mayor cantidad de ESAVI no graves fueron registrados con la vacuna desarrollada por Pfizer/BioNTech, con un total de 17,821 (58.5 %)

Informe integral COVID-19 en México

ESAVI no graves, seguida por la vacuna producida por AstraZeneca, con 7,656 (25.1 %) ESAVI no graves.

En el caso de Pfizer/BioNTech, Jalisco es el estado que más casos ha reportada para ambas vacunas, seguido de Ciudad de México; mientras que para AstraZeneca este orden se encuentra invertido, registrando más ESAVI en Ciudad de México, seguida de Jalisco.

La vacuna Moderna (0.9 %) es la que menos ESAVI registra, con un mayor número de ESAVI registrados en Jalisco, seguida de Janssen (2.6 %)en Baja California y Sutnik-V (2.7 %) en Ciudad de México.

Tabla 6. Número de ESAVI no graves por vacuna aplicada y entidad federativa

LABORATORIO ENTIDAD	Pfizer	AstraZeneca	Sputnik V	SinoVac	CanSino	Janssen	Moderna	Vacunado en el extranjero	Desconocida
AGUASCALIENTES	196	170	0	55	10	0	0	0	4
BAJA CALIFORNIA	927	158	4	33	73	766	0	14	0
BAJA CALIFORNIA SUR	116	44	0	4	0	0	0	0	0
CAMPECHE	248	129	0	10	0	0	0	0	1
CHIAPAS	269	189	0	14	20	0	0	0	0
CHIHUAHUA	717	156	1	29	146	7	0	1	0
CIUDAD DE MEXICO	1696	1015	606	139	59	0	1	3	1
COAHUILA	529	253	4	9	12	0	0	0	1
COLIMA	266	69	0	8	10	0	0	0	0
DURANGO	41	14	2	0	3	0	0	0	0
GUANAJUATO	503	127	30	20	44	0	0	1	0
GUERRERO	475	86	0	65	26	0	0	0	1
HIDALGO	770	763	0	190	184	0	1	0	0
JALISCO	1935	504	1	98	110	0	119	0	0
MEXICO	1316	748	124	357	47	0	52	0	0
MICHOACAN	146	38	2	10	19	0	0	0	0
MORELOS	180	70	1	8	10	0	0	0	0
NAYARIT	205	117	0	28	16	0	0	0	2
NUEVO LEON	976	693	0	142	86	0	105	0	0
OAXACA	615	305	0	58	71	0	0	0	0
PUEBLA	454	166	57	37	25	0	3	0	2
QUERETARO	437	222	0	12	18	0	0	0	3
QUINTANA ROO	343	382	0	8	24	0	0	0	0
SAN LUIS POTOSÍ	791	261	0	6	24	0	0	0	2
SINALOA	97	43	2	6	6	0	0	0	0
SONORA	435	195	2	1	17	12	0	0	0
TABASCO	386	99	0	19	40	0	0	2	0
TAMAULIPAS	433	76	0	109	41	19	0	0	0
TLAXCALA	841	107	0	78	22	0	0	1	0
VERACRUZ	663	205	1	41	95	0	0	0	1
YUCATAN	186	51	1	1	10	0	0	1	0
ZACATECAS	629	201	0	46	85	0	0	0	3
TOTAL	17,821	7,656	838	1,641	1,353	804	281	23	21

Fuente: SSA/DGE/DVEET/SVE ESAVI/ Base de datos ESAVI. Corte a la semana epidemiológica 44.

PANORAMA DE LA MOVILIDAD

5.1. Impacto de la movilidad en la presentación de la epidemia en México

DATOS

Se obtuvieron los datos⁵ de los reportes de movilidad de google en los que se obtiene el cambio en el número de personas que visitan un lugar en un día, en comparación con un valor de referencia y se expresa en porcentaje.

Valor de referencia: Es el número “normal” de personas que visitan un lugar en un día de la semana, el cual se obtiene del periodo previo a la pandemia y al inicio de medidas preventivas (del 03 de enero al 06 de febrero de 2020).

Estos datos permiten observar un aproximado de la diferencia en la movilidad de las personas en sitios públicos en la actualidad en comparación a lo que ocurría previo a la pandemia.

Indicadores de movilidad:

- Parques: Diferencia porcentual en el número de personas que visitaron parques.
- Transporte: Diferencia porcentual en las personas que visitan estaciones de transporte público.
- Tiendas y ocio: Diferencia porcentual en las personas que visitaron tiendas, centros comerciales y espacios de ocio.
- Supermercados y farmacias: Diferencia porcentual en las personas que visitaron supermercados y farmacias.

En la gráfica se presenta el porcentaje de cambio en la movilidad en un día con respecto al valor de referencia, expresado en 0%, por lo tanto, al presentarse un porcentaje mayor de cero indica que en ese día el número de personas que visitaron los sitios incluidos en ese indicador fue mayor en comparación con el periodo previo a la pandemia, mientras que un porcentaje negativo (menor a cero) se refiere a que en ese día la movilidad fue menor a la que se presentó en el periodo previo a la pandemia.

Las líneas representan la tendencia que ha tenido la movilidad a través del tiempo, durante el año 2021.

⁵ Los datos dependen de las actualizaciones de Google.

Gráfica 1. Tendencia de los indicadores de movilidad en México, noviembre 2021

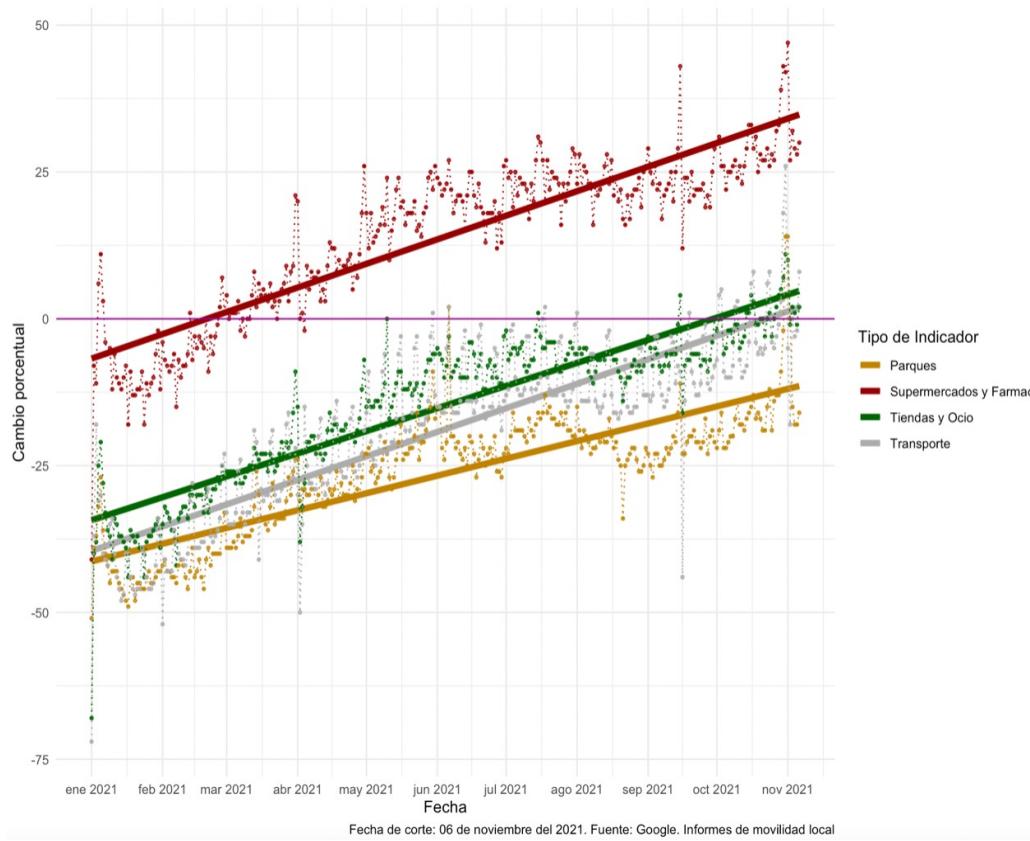


Tabla 1. Porcentaje de movilidad por indicador, noviembre 2021; México

Porcentaje de movilidad por indicador al 06 de noviembre de 2021	
Indicador	Nacional
Tiendas y ocio	+2%
Supermercados y farmacias	+30%
Parques	-16%
Transporte	+8%

Resultados

En la movilidad registrada entre el 01 de enero de 2021 y el 06 de noviembre del mismo año se observa que, en los 4 indicadores, se tiene una tendencia al aumento en los porcentajes nacionales, lo que puede indicar mayor movilidad de personas en sitios públicos.

Se observa que el indicador de Supermercados y farmacias presenta movilidad mayor a la del periodo previo a la pandemia desde el mes de marzo, esto puede considerarse esperado debido a tratarse de actividades esenciales, sin embargo, durante el mes de octubre se registró movilidad mayor a la del periodo de referencia previo a la pandemia en los sitios correspondientes a Transporte y Tiendas y ocio.

A pesar de que el indicador de parque también presenta mayor movilidad en comparación con el mes de enero esta sigue siendo menor a lo que ocurría previo a la pandemia.

Al aumentar el número de personas en los lugares públicos se puede presentar mayor riesgo de transmisión de la COVID-19 al aumentar el contacto con personas fuera del entorno familiar, además, este riesgo puede aumentar si existe dificultad para mantener la **sana distancia** en dichos sitios.

CONCLUSIONES

La COVID-19 continúa como un problema de Salud Pública prioritario en el mundo a pesar de que en la última semana, todas las regiones de la OMS presentaron una disminución de los casos; excepto África y Europa que continúan al alza.

En lo que respecta a territorio mexicano, la notificación de los casos totales acumulados, hasta el corte de información, ascienden a 3,938, 995 los cuales incluyen casos y defunciones con asociación o dictaminación clínica-epidemiológica desde la semana epidemiológica 1 del 2020 a la semana 44 de 2021.

La tasa de incidencia acumulada nacional es de 3 casos por cada 100 habitantes. Hasta el momento, casi todas las entidades del país se encuentran con una disminución considerable de casos, excepto por algunos estados del norte como Baja California, Sonora y Chihuahua.

En este marco resalta la importancia de continuar fortaleciendo la vigilancia epidemiológica en el país para mantener un panorama actualizado, asimismo fomentar la cooperación interinstitucional para incrementar y mantener la capacidad diagnóstica, adicionalmente generar comunicación efectiva en los diferentes componentes del Sector Salud entre los que destacan las Instituciones del Sector, Programas Preventivos, Promoción de la Salud, Atención Médica, Protección contra riesgos sanitarios, áreas administrativas etc, que permitan la toma de decisiones con base en información de calidad, oportuna y veraz.

De igual forma, continuar con el fortalecimiento de las medidas de prevención a la población como los son: lavado de manos frecuente, estornudo de etiqueta, utilización correcta de cubrebocas, distanciamiento social y apego a las medidas para la regulación del uso del espacio público estipuladas en el semáforo de riesgo epidemiológico COVID-19.

Análogamente, la comunicación de riesgos que oriente hacia cómo convivir con la pandemia para lograr un funcionamiento básico y sostenible de la sociedad misma y de la

actividad económica; recordando que el contar con antecedente de vacunación contra COVID-19 no exime el riesgo de enfermar.

Todo lo anterior es fundamental para un equilibrio en convivencia diaria de la sociedad en esta nueva normalidad.



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA