

[citado octubre 30, 2021]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/564031/MANUAL_DE_BIOSEGURIDAD_DIV_ESTOMATO-ORTODONCIA.pdf
6. Herrera D, Serrano J, Roldán S, Sanz M. Is the oral cavity relevant in SARS-CoV-2 pandemic? Clin Oral Investig. 2020;24(8):2925-30. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03413-2>

Exacerbación de las inequidades educativas en tiempos de Covid-19

Señor editor: En esta carta queremos exponer brevemente los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 (Ensanut 2020 sobre Covid-19)¹ respecto al acceso de niños, niñas y adolescentes a la educación a distancia durante los primeros meses de la pandemia en México. Además, reflexionamos sobre el impacto de las medidas de control de la pandemia en estos grupos de población y cuestionamos la justificación técnica de haber mantenido las escuelas cerradas por más de un año en nuestro país. Nos gustaría plantear a nuestros colegas salubristas y epidemiólogos que debemos ser más vocales sobre este tema que ha afectado a 30 millones de estudiantes en nuestro país y, en especial, a los más vulnerables. La educación es un determinante social de la salud, además de ser un derecho humano.²

En México, 53.1% de los hogares tienen personas en edad escolar,¹ lo que representa a 18.9 millones de hogares que han sido afectados por el cierre total de las escuelas. Para subsanar esta afectación, el Estado mexicano implementó la plataforma virtual "Aprende en Casa", la cual cuenta con programación televisiva y radiofónica de contenidos educativos. Sin embargo, uno de cada cinco hogares con niños en edad escolar reportó que, durante los meses de marzo a junio de 2020,¹ los niños no tomaron clases a distancia, ni por televisión ni en la plataforma.

Por otro lado, esta no asistencia a clases tuvo un gradiente social marcado. Por ejemplo, se observó que los escolares de 63.7% de los hogares en municipios de muy alta marginación no asistieron a clases a distancia comparado con sólo 13.3% de los hogares en municipios de muy baja marginación. Se observó un gradiente similar al estratificar por otras variables como residencia urbano-rural, educación del jefe del hogar y por lengua indígena. Sabemos, además, que 16% de los niños entre 3 y 18 años no se inscribieron al ciclo escolar 2020-2021.³ Para aquellos niños que lograron terminar el año escolar a distancia, la evidencia sugiere que aprendieron poco, comparado con un año escolar en modalidad presencial.⁴ Estos datos apuntan a un retroceso educativo y a la exacerbación en las inequidades educativas y sociales en el país.

Cabe señalar que las medidas dispuestas a inicios de la pandemia se tomaron con información y conocimientos limitados sobre el virus. En el caso del cierre de las escuelas, el punto de partida fue la evidencia sobre la epidemiología de la influenza; se asumió que los niños serían un grupo vulnerable al virus y un potencial vector. Sin embargo, la evidencia que se acumuló durante los primeros meses de pandemia sobre la epidemiología del Covid-19 confirmó que no existía una justificación técnica para mantener las escuelas cerradas indefinidamente. Los niños son menos susceptibles al contagio por SARS-CoV-2⁵ y, si se contagian, tienen menos riesgo de complicaciones, hospitalización y muerte, en contraste con los adultos. Asimismo, la tasa de letalidad para niños de 10 años es de 0.002% (2 de cada 100 000 casos).⁶ Con respecto a la mortalidad de este grupo etario, en México podemos constatar que en 2020 murieron más del doble de menores de 20 años por accidentes que por Covid-19.⁷ Además, en México no

se ha registrado un exceso de mortalidad en las personas menores de 20 años, por el contrario, el número de defunciones esperadas disminuyó.⁸ Con esta evidencia, la gran mayoría de los países del mundo priorizaron la reapertura de las escuelas antes que muchas otras actividades, aun aquellos países que sufrieron repuntes de la pandemia, nuevas variantes y presión a sus sistemas de salud. Los cierres totales de escuelas al 30 de abril de 2021 llegaban a 10 semanas en España, 15 semanas en el Reino Unido y 25 semanas en la India, mientras que en México sumaban 47 semanas y continuaron cerradas por varias semanas más.⁹

Por otro lado, la evidencia también se acumuló en torno al efecto de reabrir escuelas sobre la transmisión comunitaria. Una revisión sistemática de 40 estudios mostró que en 75% de ellos, la reapertura de escuelas no incrementó el riesgo de transmisión comunitaria, especialmente cuando se siguieron medidas de mitigación.^{10,11} Mucho se argumentó sobre el contagio de profesores y adultos que viven con niños, sin embargo, se mostró que los maestros tienen un riesgo de contagio similar al de otras ocupaciones de oficina, aun sin vacunación; se demostró también que el riesgo de contagio de adultos que viven con niños disminuye cuando las escuelas aplican medidas de mitigación.^{12,13} En el contexto mexicano, los maestros fueron priorizados para vacunación, incluso así, el regreso a clases no fue inmediato.

En conclusión, el cierre total y prolongado de escuelas en México durante la pandemia de Covid-19 afectó a la población más vulnerable de forma desproporcionada y probablemente exacerbó las inequidades educativas y sociales ya existentes en nuestro país. Esto, junto con la evidencia científica disponible sobre la epidemiología del virus en niños, subraya la necesidad de priorizar la educación de forma presencial, de

tiempo completo y sin constantes interrupciones. El regreso a clases presenciales deberá considerar el rezago educativo de todos los niños y en especial aquéllos con mayores desventajas sociales. Hacemos un llamado a nuestros colegas salubristas y epidemiólogos a ser más vocales sobre este tema; esto implica comunicar mejor los riesgos del Covid-19 en niños, visibilizar su impacto en la educación y bienestar de los niños y apoyar a las autoridades para diseñar medidas de mitigación en escuelas que sean viables y efectivas.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Carolina Pérez-Ferrer, PhD,^(1,2)
carolina.perez@insp.mx
Celia Hubert, PhD,⁽¹⁾
Laura Mendoza, MSc.⁽¹⁾

(1) Instituto Nacional de Salud Pública.
Cuernavaca, Morelos, México.
(2) Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/13023>

Referencias

1. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2021;63(3):444-51. <https://doi.org/10.21149/12580>
2. The Lancet Public Health. Education: a neglected social determinant of health. *Lancet Public Heal.* 2020;5(7):e361. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30144-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30144-4)
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta para la Medición del Impacto COVID-19 en la Educación (ECOVIED-ED) 2020. Nota Técnica. México: Inegi, 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/ecovied/2020/>
4. Engzell P, Frey A, Verhagen MD. Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic. *Proc Natl Acad Sci.* 2021;118(17):e2022376118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2022376118>
5. Viner RM, Mytton OT, Bonell C, Melendez-Torres GJ, Ward J, Hudson L, et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 infection among children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(2):143-56. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>
6. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochrane KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(12):1123-38. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00698-1>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. Comunicado de Prensa No 61/21. México: Inegi, 2021:45 [citado jun 2021]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf
8. Grupo interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas. Boletín estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19. México: Gobierno de México, 2020 [citado jun 2021]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/BoletínIV_ExcesoMortalidad_SE39MX21102020.pdf
9. Unesco Institute for Statistics. UNESCO map on school closures. Canadá: Unesco, 2021 [citado jun 2021]. Disponible en: <http://covid19.uis.unesco.org/global-monitoring-school-closures-covid19/country-dashboard/>
10. Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Heal.* 2020;4(5):397-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
11. Walsh S, Chowdhury A, Braithwaite V, Russell S, Birch J, Ward J, et al. Do school closures and school reopenings affect community transmission of COVID-19? A systematic review of observational studies. *MedRxiv [preprint].* 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.01.02.21249146>
12. Forbes H, Morton CE, Bacon S, McDonald HI, Minassian C, Brown JP, et al. Association between living with children and outcomes from covid-19: OpenSAFELY cohort study of 12 million adults in England. *BMJ.* 2021;372:n628. <https://doi.org/10.1136/bmj.n628>
13. Lessler J, Grabowski MK, Grantz KH, Badillo-Goicoechea E, Metcalf CJE, Lupton-Smith C, et al. Household COVID-19 risk and in-person schooling. *Science.* 2021;372(6546):1092-7. <https://doi.org/10.1126/science.abh2939>

Regional variability of glycemic control among adults with diabetes mellitus in Colombia

Dear editor: The information related to all diabetic patients reported in the framework of the Colombian General System of Social Security in Health offers the opportunity to understand the characteristics of this population at risk and thus identify the challenges faced by the health system and determine actions to improve health outcomes and contributing to the financial sustainability of the system.¹ The geographic proximity between regions, and differences in social and economic development, can influence access and quality of health services, which means that there may be variations in the glycemic control of patients with diabetes mellitus (DM) that must be explored and described to direct strategies according to regional needs.^{2,3}

We conducted a cross-sectional study to evaluate the association between the region of residence and HbA1c levels among adults with DM who received care within the Colombian health system from July 1, 2018, to June 30, 2019. Data were reported by insurers to the High-Cost Diseases Colombian Fund, in compliance with the resolution 2463 of 2014 stated by the Colombian Ministry of Health and Social Protection.⁴

During the study period, 1 284 048 adults had been diagnosed with DM, of these 68.62% had a report of HbA1c level, which constitute the population analyzed in this study. The mean age was 64.90 years (SD±12.89) and 59.03% of patients were women. The median HbA1c for both men and women was 6.90%