



Informe sobre la evolución de la epidemia de covid-19 en Chile

Eduardo Engel, Catalina Gómez, Soledad Martínez,
Flavia Mosciatti, Pablo Simonetti y Eduardo Undurraga

16 de junio, 2021

1. Un cambio en la estrategia de control de la pandemia

Hace unos días el Colegio Médico (Colmed) presentó una propuesta para enfrentar la pandemia con una estrategia **COVID CERO**. La propuesta es sin duda un importante aporte a la discusión en torno al control de la pandemia, en particular porque propone un balance entre la eficacia epidemiológica y la salud mental de las personas. Junto con otras medidas, se propone una modificación del plan Paso a Paso, de modo que comience por una fase de confinamiento muy estricto y corto, a la que llaman “cortocircuito epidémico”. Esta primera fase no es una cuarentena de Fase 1, porque es estricta y acotada temporalmente, lo

que permitiría revertir la curva epidemiológica de manera drástica, y minimizar el impacto socioeconómico y en salud mental al ser breve. Para aumentar la efectividad de la medida, se propone una ayuda financiera a las familias y la redefinición de unidades territoriales del plan, dejando de lado las restricciones por comunas, en particular en conurbaciones (ver [enlace](#)). El fin es lograr el real aislamiento entre comunidades con diferentes niveles de incidencia de casos. Se propone, además, permitir actividades al aire libre en todas las etapas, lo que ayudaría a mejorar la salud mental con bajo riesgo.

Cuarentenas efectivas en un contexto de fatiga pandémica

Como hemos recalcado en [informes](#) anteriores, la fatiga pandémica produce una disminución en el cumplimiento de las estrategias de control de la transmisión del virus en el tiempo. Este cansancio no incluye solo el agotamiento, sino también la falta de motivación para cumplir con las recomendaciones de la autoridad sanitaria. La motivación es el resultado del valor que atribuimos a una tarea (e.g., evitar el contagio) y los costos asociados a la tarea (v.g., no salir). Los costos reales y percibidos de prolongar una estrategia van aumentando: por ejemplo, no poder trabajar (si tienes que salir) o estar con niños en la casa y trabajar en un mismo espacio (si puedes hacerlo desde la casa). La percepción del riesgo —y por lo tanto del potencial beneficio de evitar contagios— también disminuye en el tiempo, al pasar la novedad de una amenaza (ver [enlace](#)). Por otro lado, mientras más alto sea el costo percibido, necesitamos que la efectividad de la tarea sea también más alta para que cumplamos.

Si no estamos seguros de la efectividad de una estrategia (e.g., cuarentenas), es menos probable que la cumplamos. Por ejemplo, hay comunas en la Región Metropolitana como El Bosque, La Florida, Lo Prado, Pa-

dre Hurtado, Quinta Normal, Renca y San Miguel, que llevan tres meses en cuarentena. La movilidad, sin embargo, disminuyó las primeras semanas y hoy nuevamente es muy alta (ver [enlace](#)), y la carga de infectados se mantiene en niveles críticos. Esto deja a estas comunas en el peor escenario: sin la ganancia epidemiológica de la cuarentena y pagando sus costos económicos y sociales. Por último, si las [reglas](#) no tienen criterios claros y estables, no percibimos que una estrategia es efectiva, los costos superan ampliamente los beneficios percibidos y las personas racionalmente no cumplen. Si sumamos una comunicación de [riesgo](#) inconsistente y confusa, esta “fatiga pandémica” probablemente explica en parte que tengamos un nivel tan alto de contagios. En este sentido, la propuesta del Colmed trae aire fresco a una urgente discusión sobre cómo optimizar la estrategia de control de la pandemia.

2. El dilema de la última cama

La propuesta del Colmed sale a la luz cuando la situación de las camas UCI en el país está en su peor momento dentro de toda la pandemia, con una ocupación mayor al 90 % desde enero de este año, manteniéndose sobre 95 % desde el 24 de mayo.

Cuando se habla de la ocupación de camas, es importante entender cómo se llega a esa cifra. En los hospitales, cada día se hace un censo de camas en el que se registran las camas libres y las ocupadas. Cuando tenemos una ocupación más alta que el 90 %, lo más probable es que las camas libres sean camas que se liberaron durante el día anterior por traslado del paciente o por fallecimiento. Las camas que se informan en los [reportes](#) del Minsal son las verdaderas disponibles la mañana de ese día, pero con dicho nivel de ocupación, es razonable suponer que estas

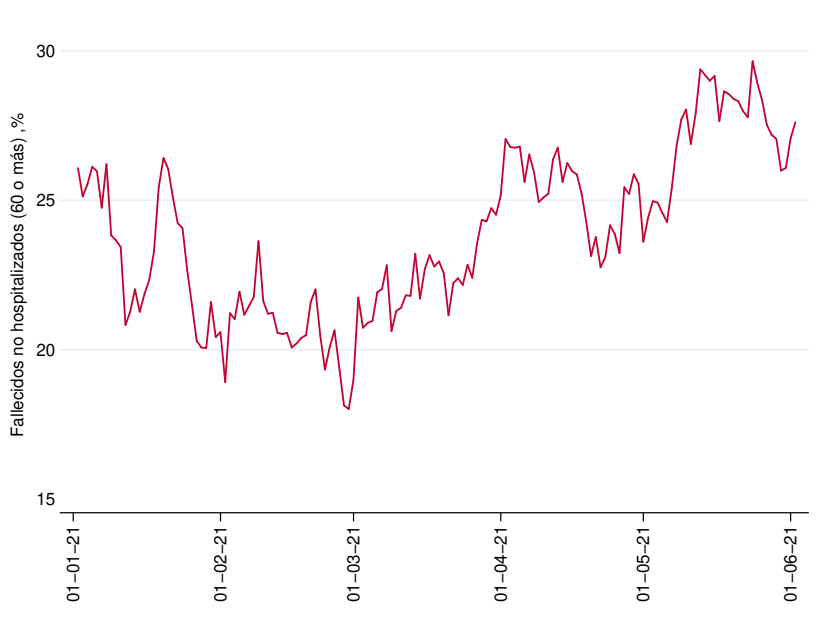
se llenarán inmediatamente por la gran cantidad de gente esperando un espacio. En este sentido, si un paciente necesita una cama crítica o incluso una cama de mediana o baja complejidad, hoy ingresa a una suerte de “lista de espera informal”, junto con personas que están en camas no UCI: hospitalizados en urgencia, en unidades de observación prolongada en los CESFAM o en hospitalización domiciliaria. Cuando esto sucede, los criterios para ser derivado a una cama hospitalaria empiezan a ser más estrictos, hasta que la demanda supera la capacidad de los hospitales y estos “avisar” a móviles de atención prehospitalaria (Servicio de Atención Médico de Urgencias o SAMU) o a los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPUs) que el servicio de urgencia hospitalario está cerrado. Es decir, se acabaron todos los recursos para hacerse cargo de más pacientes.

Chile ha aumentado fuertemente el número de camas UCI de acuerdo a la demanda, pasando de 1550 camas al inicio de la pandemia a 4525 hoy (ver enlaces [1](#) y [2](#)). Sin embargo, muchas de esas nuevas camas no tienen personal con especialidad en cuidados intensivos, sino más bien son atendidas por personas de otras áreas de la salud que han sido capacitados de manera rápida para hacerse cargo de esta demanda creciente. En este sentido, el “dilema de la última cama” que tanto ha [negado](#) el gobierno, no se presenta por tener dos pacientes y una cama, sino que sucede de forma gradual hasta que las urgencias no pueden atender más pacientes.

En la misma línea, es preocupante la tendencia del aumento del porcentaje de pacientes mayores de 60 años que fallecen en su domicilio (Figura [2.1](#)). Una de las razones por las que se podría explicar este aumento es que, al haber menos camas disponibles, se utilizan preferente-

mente para pacientes más jóvenes, lo que podría estar mostrando que las personas mayores están teniendo dificultades para acceder a una cama hospitalaria.

Figura 2.1: Porcentaje de fallecidos no hospitalizados (Promedio móvil de 7 días)



Fuente: Elaboración propia con cifras [DEIS](#). Nota: Se consideran los fallecidos totales (confirmados y probables). Se define como fallecidos no hospitalizado aquel que fallece fuera de un hospital o clínica. Datos hasta el 2 de junio.

Además, la estrategia de las Unidades de Observación Prolongada en Centros de Salud Familiar, donde un paciente puede estar en observación más de un día, es un claro síntoma de que pacientes que requieren hospitalización no la están recibiendo. Si bien esta medida es muchísimo mejor que tener a los pacientes agravándose fuera de las urgencias, la autoridad no puede seguir negando que la situación es crítica y debe cambiar su

forma de comunicarla a la población, indicando claramente la gravedad del momento y no entregando una falsa sensación de seguridad, como lo hizo hace unos días el Subsecretario Dougnac al [afirmar](#) que si una persona “requiere de algún respirador va a tener un respirador”.

3. ¿En qué está la campaña de vacunación?

Gracias al éxito de la campaña de vacunación, explicado en un [informe](#) anterior, al día de hoy 41 % de nuestra población ha completado su esquema completo (dos dosis más 14 días), y 60 % tiene al menos una dosis. A esto se suma la buena noticia de que la inoculación pronto se extenderá a [menores](#) hasta los 12 años. El contraste de este logro con el alto número de casos covid-19 nos motiva a mirar en mayor detalle los puntos más débiles de la campaña.

Los rezagados del proceso

A pesar de la baja reticencia a vacunarse, existe un 20 % de personas de 22 años o más que pudiendo vacunarse aún no lo han hecho. De los rezagados, el 58.4 % corresponde al grupo de 22 a 39 años; el 28.5 % a los de 40 a 59; el 10.2 % a los de 60 a 79 años; y el 2.9 % a los de 80 años o más. Analizando dentro de cada grupo etario, el porcentaje de personas que no se ha vacunado en el grupo de 22 a 39 años corresponde al 28.6 %; a 15.5 % en el grupo 40 a 59; a 9.7 % en los de 60 a 70 años; y al 14 % en el grupo de 80 años o más (Ver Figura [5.7](#)).

El pase de movilidad fue un incentivo para que algunos se vacunaran o decidieran vacunarse antes de lo que tenían presupuestado. La Figura [5.9](#) muestra las primeras dosis semanales puestas a los mayores de 60 años¹

¹En la sección [5](#) se encuentra este gráfico para los mayores de 50 y mayores de 40.

y el porcentaje vacunado con al menos una dosis en este grupo etario. Las semanas anteriores al anuncio del pase (del 19 de abril al 23 de mayo), se vacunaron alrededor de 13,464 rezagados semanales en promedio. Luego del anuncio se vacunaron 21,042 rezagados extra (crecimiento del 156 %), lo que significó aumentar el porcentaje de vacunados de 86.8 % a 87.1 % en una semana. Este efecto decayó en las dos semanas que siguieron (9,523 y 8,489 vacunados extra, y crecimiento del 75 % y 66 % respectivamente). A la luz de la evidencia, no es un estímulo suficiente, ni explica por completo el fenómeno de los rezagados. Tampoco equipara los costos en salud que trae la mayor movilidad en un contexto de alta carga viral.

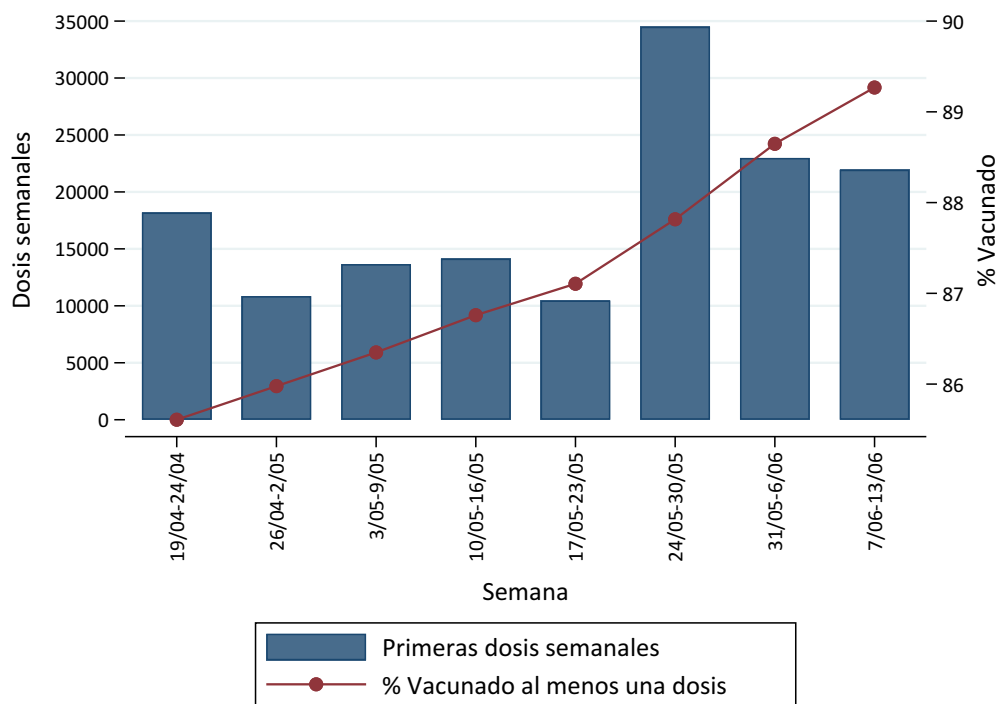
Entonces, ¿por qué existen rezagados? Existe más de una razón: restricciones de tiempo, problemas de acceso, falta de información, temor, etc. Las conjeturas abundan, pero lo cierto es que no tenemos los datos para responder esta pregunta ni la relevancia de cada hipótesis plausible. Llamamos a las autoridades a levantar datos representativos de la población nacional y sus grupos etarios, para responder de la forma más efectiva y eficiente a este problema que urge resolver.

La importancia de vacunarnos todos

Hay quienes miran con optimismo la situación de Magallanes, atribuyendo su baja de casos al proceso de vacunación (ver enlaces [1](#) y [2](#)). El dato relevante para salud pública es el porcentaje de vacunados con dos dosis más 14 días de la población total, que es igual al 52 %. Sabemos que Sinovac tiene un bajo efecto con una dosis y el efecto total se ve

Se eligió el grupo mayores de 60 por ser el grupo con más tiempo desde su vacunación “oficial” por lo que tienen el mayor aumento porcentual luego del anuncio del pase. El efecto es similar si se incluyen más edades, aunque atenuado.

Figura 3.1: Primeras dosis semanales puestas y porcentaje de vacunados con al menos una dosis: personas de 60 años o más



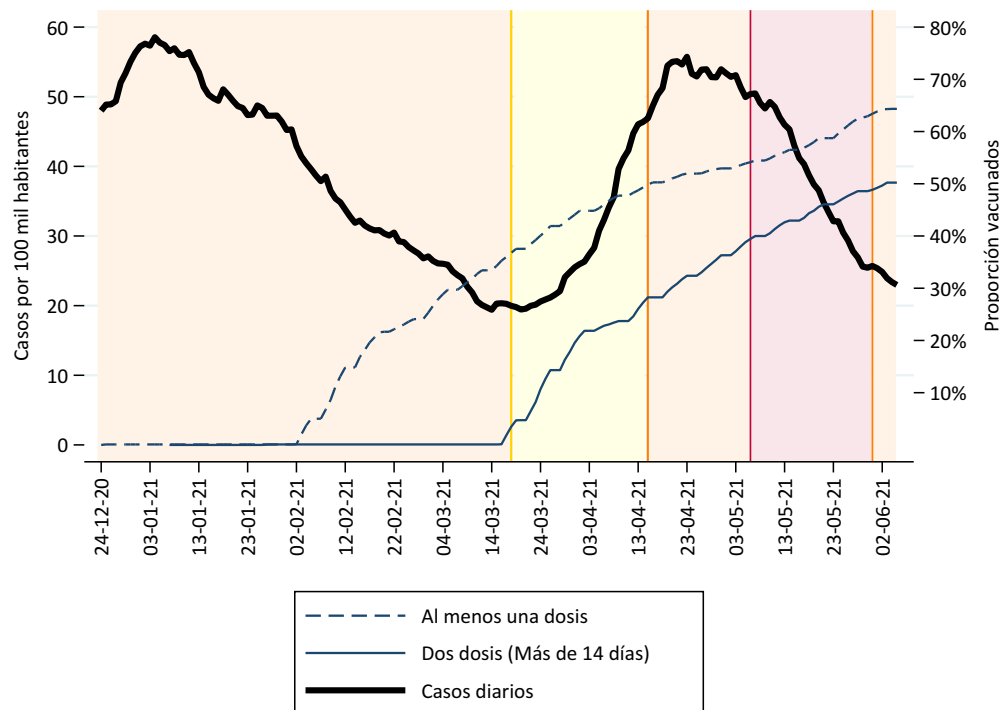
Fuente: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). El 23 de mayo se anunció el pase de movilidad por lo que la sexta semana (del 24 al 30 de mayo) es la semana posterior al anuncio. Las personas de 60 años pudieron vacunarse por primera vez el 5 de marzo.

14 días después de la segunda. Por otro lado, la población susceptible de contagiarse es la población total, no la población objetivo solamente. Por último, se tiende a subestimar el efecto de las restricciones sobre la evolución de los casos. La Figura 3.2 muestra el avance de la campaña de vacunación junto con la evolución de los casos por cada 100 mil habi-

tantes. Se marcan además las fases de la comuna de Punta Arenas, que concentra el 80 % de la población de la región. La figura sugiere que el número de casos diarios tiene mayor correlación con las fases que con la vacunación. Por ejemplo, entre el 6 y el 31 de mayo con un 40 % de vacunados con dos dosis y 14 días aproximadamente, los casos bajaron mientras se estaba en cuarentena (fase 1). Por otro lado, al alcanzar el 40 % de vacunados con dos dosis y 14 días, Ñuble continuó aumentando sus casos. A esto debe sumarse que, si bien los cifras han bajado, la carga de casos se mantiene sobre 20 casos diarios por 100.000 habitantes, lo cual es considerado según todos los estándares como una circulación viral muy [alta](#).

Lo cierto es que necesitamos un mayor porcentaje de la población vacunada para que la situación sanitaria mejore. Se requiere un gran esfuerzo para lograr una cobertura cercana al 100 % en la población objetivo porque, como ya explicamos en un [informe](#) anterior, la llamada inmunidad de rebaño depende de muchos factores y no es obvio que esta se concrete. Sinovac tiene una [eficacia](#) moderada para prevenir contagios (54 % para contagios, 65,3 % para contagios sintomáticos). Si se logra una cobertura altísima, será más fácil contener los contagios si el proceso de inoculación se acompaña de medidas no farmacológicas. El caso de [Serrana](#), un pueblo de 45,000 habitantes en Brasil, sugiere que con una alta proporción de la población vacunada con CoronaVac de Sinovac (la misma que se usa en Chile) las admisiones hospitalarias y muertes bajarían sustantivamente. Serrana ha vacunado al 95 % de los adultos. Los casos en menores de 18 años también han bajado, lo que sugiere que podría haber alguna inmunidad de rebaño (como sería también el caso de [otras vacunas](#)). La variante P.1 es predominante en Serrana, por lo que la vacuna sería efectiva también contra esta variante. Serrana nos da

Figura 3.2: Evolución de casos por 100 mil habitantes y porcentaje de vacunados en la región de Magallanes



Nota: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#) e [iCOVID](#). Se marcan las fases de la comuna de la comuna de Punta Arenas. El área naranja corresponde a Fase 2, el área amarilla a Fase 3, y el área roja corresponde a Fase 1 (cuarentena). Las fechas de cambio de fase marcadas con una línea vertical corresponden al 18 de marzo, 15 de abril, 06 de mayo y 31 de mayo, sucesivamente.

esperanzas de que saldremos de este momento oscuro, pero sobre todo muestra la importancia de vacunar a un alto porcentaje de la población.

Finalmente, la variante Delta, recientemente clasificada por el CDC como [variante de preocupación](#), es un motivo adicional de [preocupación](#).

La variante, identificada originalmente en India, sería sustantivamente **más contagiosa y severa** que versiones anteriores del virus. Los casos en Estados Unidos dejaron de disminuir y han aumentado en el Reino Unido en las últimas semanas, probablemente por la presencia de esta variante que ya ha sido detectada en **74 países**. La buena noticia es que las vacunas que se han medido han resultado **altamente efectivas** contra esta nueva variante. Otra fuerte razón para reforzar la vacunación masiva en Chile y también desarrollar una mejor vigilancia genómica.

4. Cifras de hoy

El uso de camas UCI por pacientes covid-19 ha seguido creciendo, llegando a 3301 hoy. Durante la última quincena, comparado con la quincena anterior, la ocupación de camas UCI covid-19 ha subido 6.9 % (considerando media móvil de 14 días). La ocupación porcentual total (pacientes covid-19 y no covid-19) pasó de 96.7 % a 96.0 % en la última quincena, siguiendo en niveles altísimos (superiores a 90 %), con el sistema de salud saturado y la calidad de la atención deteriorada respecto a lo que sería en escenarios normales. En la región Metropolitana, las camas UCI covid-19 hace dos semanas alcanzaban las 1886, hoy llegan a 2583, un incremento de 37 %. La ocupación total porcentual en la RM hoy es del 98.6 %.

Asimismo, el aumento en los decesos que constatamos en el informe anterior se ha ido acentuando. Luego de alcanzar su mayor valor semanal en junio del año pasado (249.3 decesos diarios la semana del 9 al 15 de junio de 2020), estas cifras bajaron hasta llegar a 43.1 decesos diarios promedio (semana del 8 al 14 de diciembre de 2020). Desde entonces, la tendencia al alza en los decesos ha sido inexorable, alcanzando un

promedio diario de 154.6 decesos diarios por covid-19 la semana que terminó el 1 de junio de 2021 (las cifras de decesos del DEIS se estabilizan con cierto rezago, por lo cual a la fecha de hoy las cifras confiables llegan solo hasta el 1 de junio). Esta cifra creció 25.7% en dos semanas.

Tal como proyectamos en el [informe](#) anterior, la semana del 2 al 8 de junio el país alcanzó el mayor número de nuevos casos en lo que va de la pandemia, un promedio de 7316 casos diarios. Desde este peak, los casos han comenzado a descender, alcanzando 6576 la semana que termina hoy (10 al 16 de junio). Esto significa un descenso de un 9.7% durante la última semana, en relación con la semana anterior, comparando semanas completas para evitar que grandes variaciones intrasemanales (que no tienen relación con la tendencia en los nuevos casos) sesguen el análisis.

La caída en los nuevos casos durante la última semana es una noticia alentadora que debe interpretarse con base en la evidencia, sin voluntarismos. Tal como argumentamos en el informe anterior, no se verificó la teoría de que era posible, en el escenario actual, una baja sostenida de ocupación UCI y un alza de contagios. Estamos observando exactamente lo contrario, primero caen los nuevos casos y con un rezago de algunas semanas, si esta caída se mantiene, observaremos una estabilización y luego una caída de la ocupación de camas UCI y luego de los decesos.

Nos parece que el programa de vacunación tiene dificultades para explicar el cambio de tendencia en los nuevos casos. La fracción de la población con inmunidad (definida como haber recibido la segunda dosis hace al menos dos semanas) viene creciendo entre 1 y 3% cada semana por bastante tiempo (ver Figura 5.5), mientras que los nuevos casos primero crecían rápidamente (14.7% hace tan solo dos semanas) y ahora muestran una caída también importante (−9.7% la última semana). Esta

asincronía entre la tasa de vacunación y la tasa de crecimiento de nuevos casos hace difícil explicar la caída de nuevos casos con el programa de vacunación.

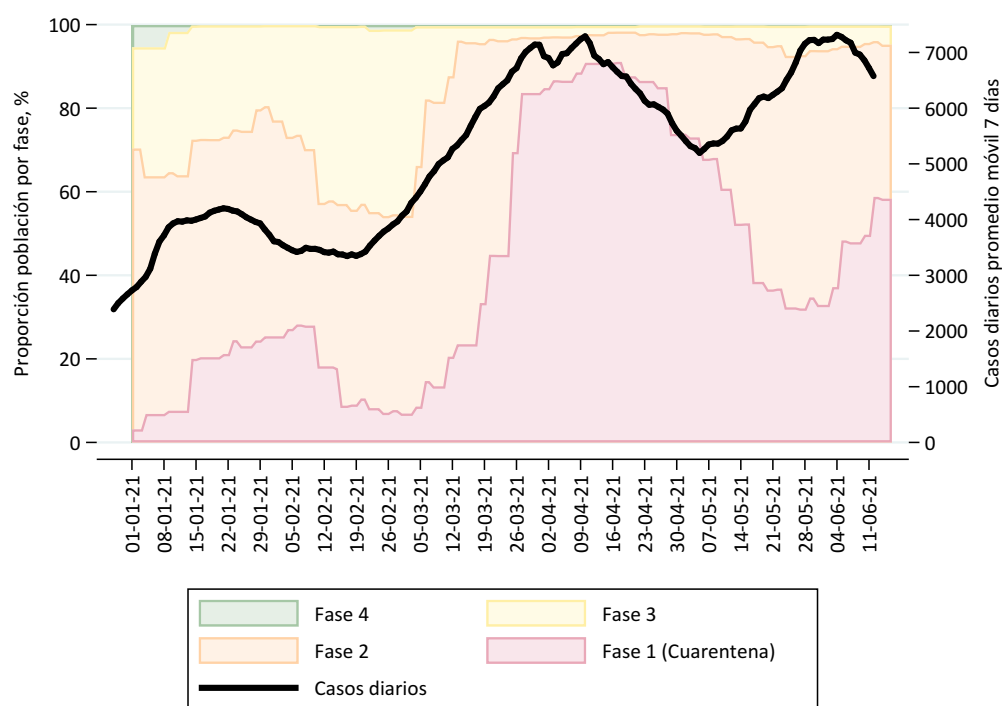
Una explicación alternativa, que nos parece más plausible, es que las medidas restrictivas adoptadas en semanas recientes están teniendo efecto. La Figura 4.1 muestra la fracción de la población en cuarentena (fase 1) y el número de casos nuevos reportados por el Minsal. Una caída en la fracción de la población en cuarentena es seguida de un incremento en los casos, a lo cual sigue un incremento de las cuarentenas y una caída de los casos. Entonces, lo que observamos la última semana sería producto de las cuarentenas impuestas hace tres semanas.

El efecto anterior se complementa con un incremento en la percepción de riesgo por parte de la población, por varios motivos. Primero, porque los medios, incluyendo los matinales, han dado una cobertura importante a la situación dramática que se ha vivido en varios hospitales durante las últimas semanas. Segundo, porque con los altos niveles de circulación viral, los casos cercanos de infecciones y hospitalizaciones a cada persona han aumentado en semanas recientes. Tercero, porque las medidas restrictivas que se han ido tomando también aumentan la percepción de riesgo.

Del análisis anterior se infiere que no debiera repetirse el error de comienzos de marzo y fines de abril y volver a celebrar un supuesto fin de la pandemia gracias al programa de vacunación. Es necesario reducir los niveles de nuevos casos en 75% y más, antes de poder comenzar a hablar de una pandemia que se comienza a controlar. Hacerlo antes de tiempo dará el mensaje equivocado y puede terminar redundando en un nuevo brote.

En suma, se puede concluir que la estrategia de bajar los casos radicalmente mediante una renovación del plan Paso a Paso (tal como lo indicamos en la primera sección) sería la mejor estrategia complementaria al esfuerzo de vacunación que se está llevando adelante.

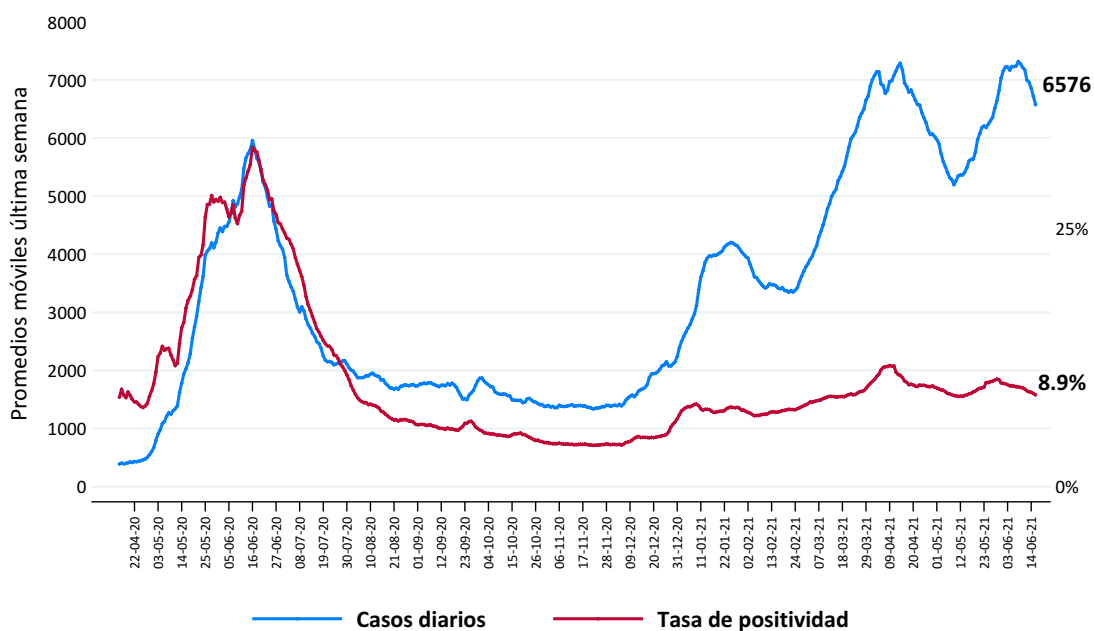
Figura 4.1: Evolución de casos nuevos nacionales y la proporción de la población en cada fase del Paso a Paso



Fuente: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). Nota: Considerando el tiempo entre inicio de síntomas y resultado de los test, se toman los casos con 4 días de rezago. Datos del 1 de enero al 16 de junio de 2021. La campaña masiva de vacunación comenzó el 3 de febrero de 2021.

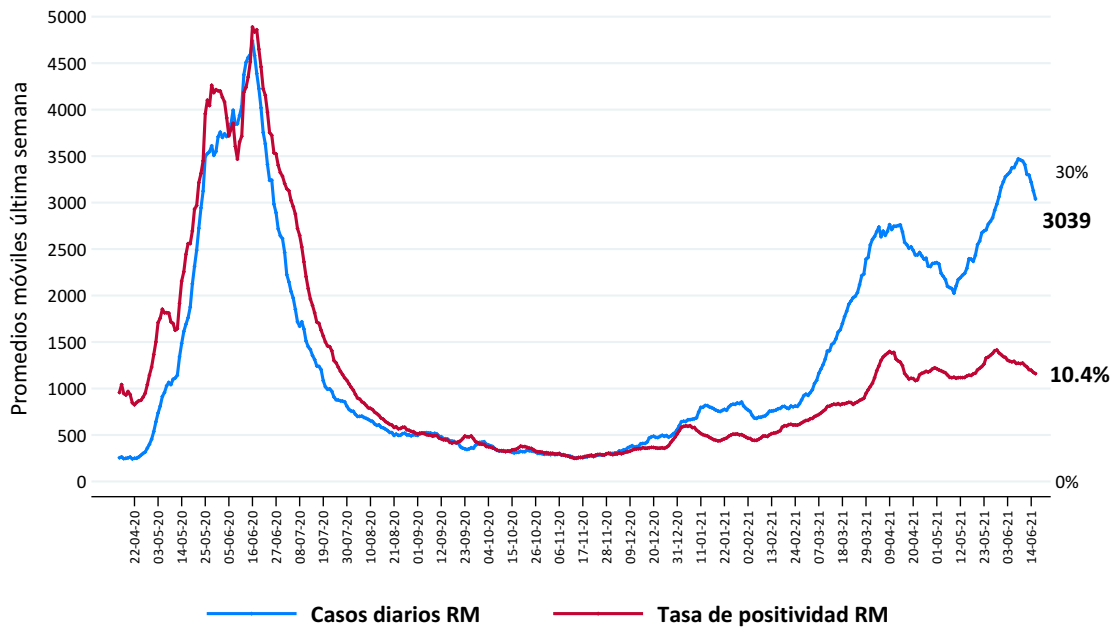
5. Gráficos Nacionales

Figura 5.1: Nuevos contagios y tasa de positividad país



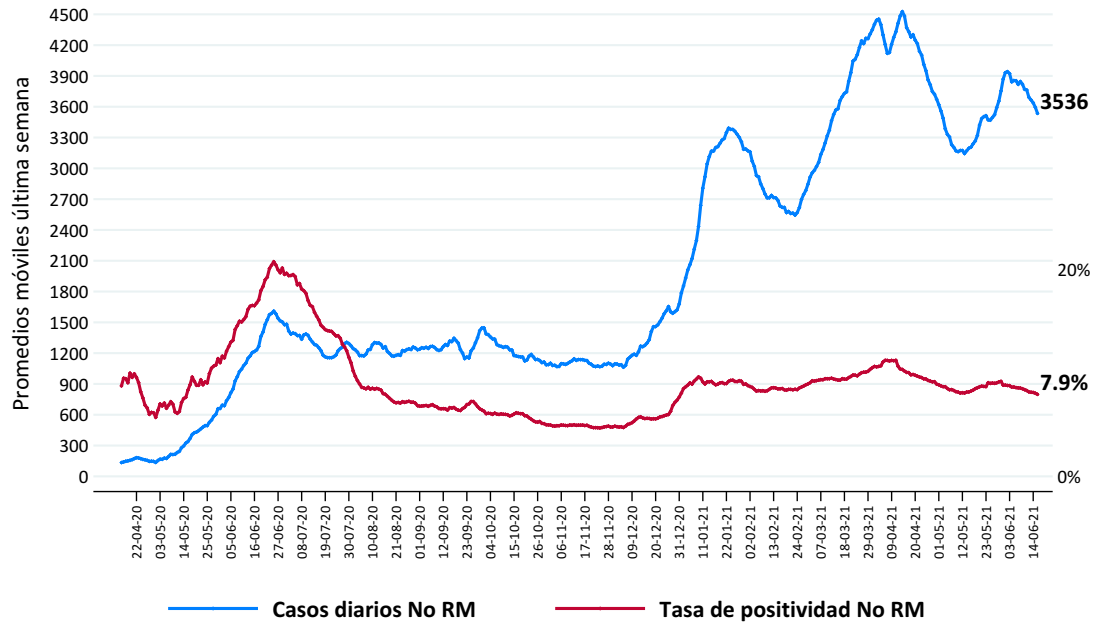
Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). Datos hasta el 02 de junio 2021. Desde el 10 de febrero de 2021 los casos nuevos incluyen los confirmados por test antigénico y a los con sospecha de reinfección. La positividad corresponde solo a la de casos con PCR.

Figura 5.2: Nuevos contagios y tasa de positividad región Metropolitana



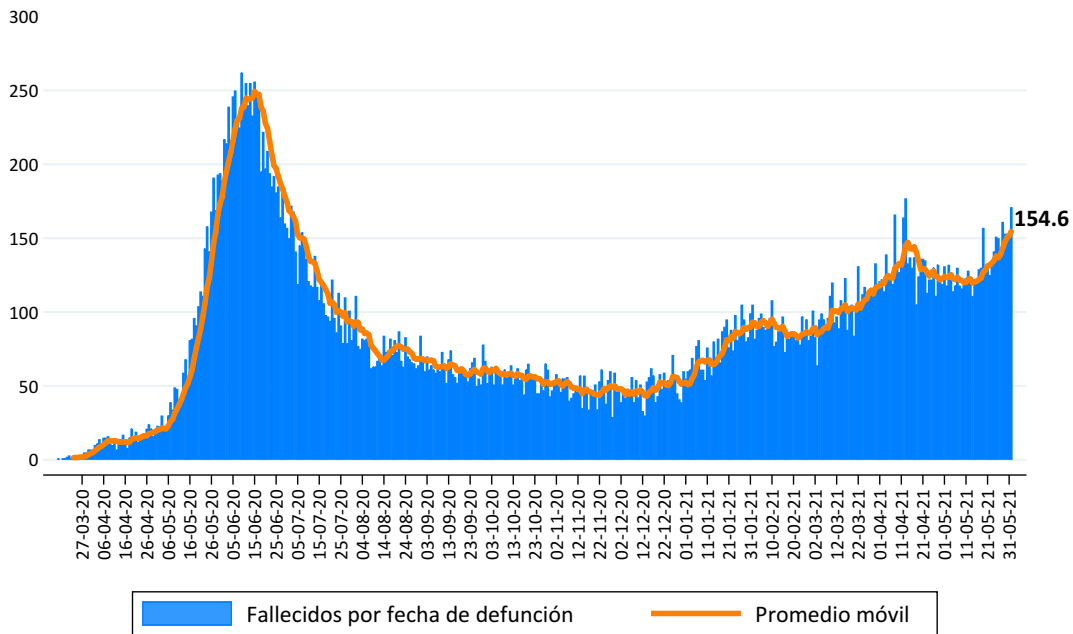
Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). Datos hasta el 02 de junio 2021. Desde el 10 de febrero de 2021 los casos nuevos incluyen los confirmados por test antigénico y a los con sospecha de reinfección. La positividad corresponde solo a la de casos con PCR.

Figura 5.3: Nuevos contagios y tasa de positividad regiones No RM



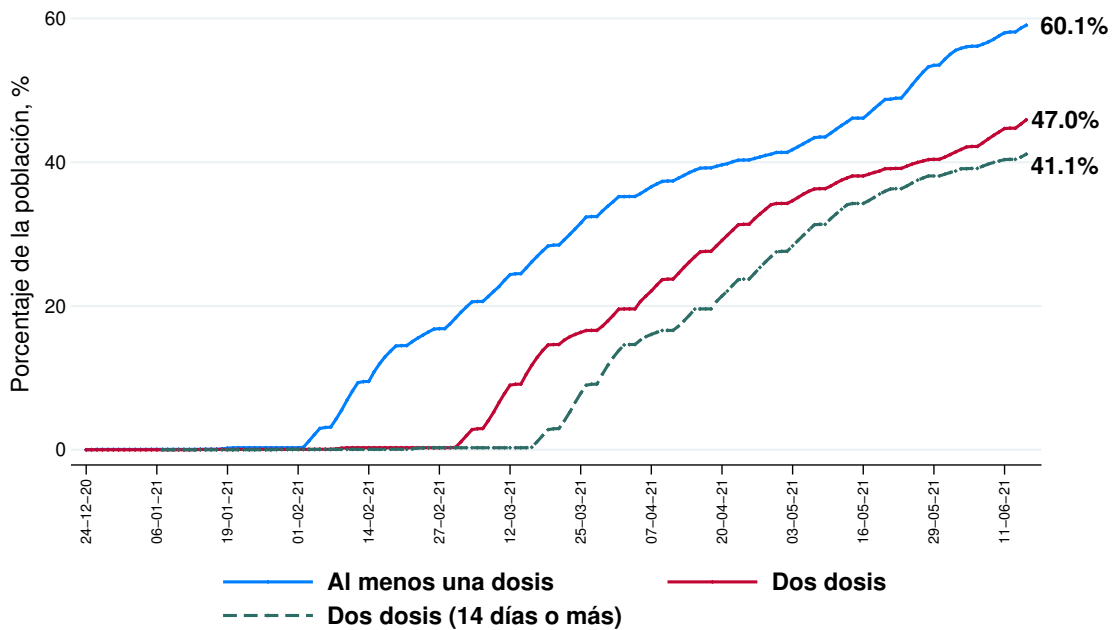
Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). Datos hasta el 02 de junio 2021. Desde el 10 de febrero de 2021 los casos nuevos incluyen los confirmados por test antigénico y a los con sospecha de reinfección. La positividad corresponde solo a la de casos con PCR

Figura 5.4: Fallecidos diarios por fecha de defunción



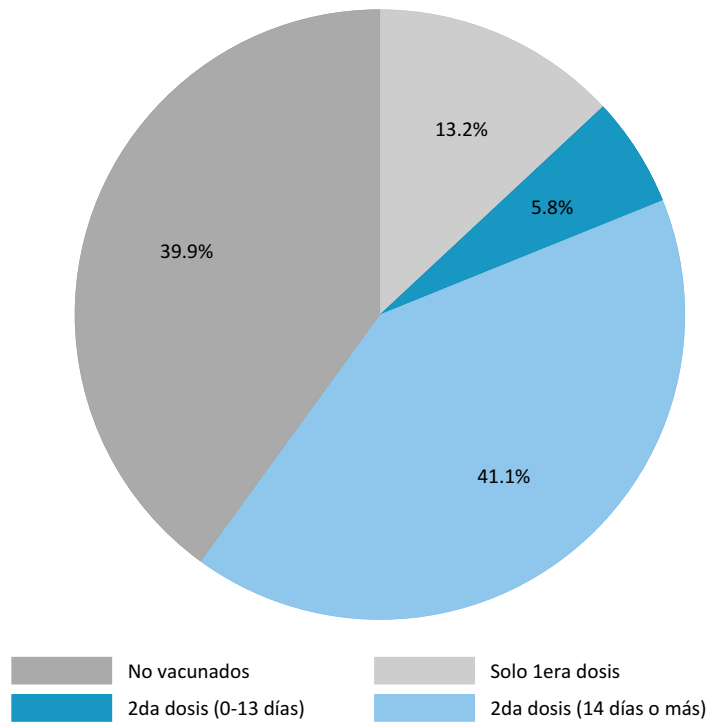
Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). Se usa la base de fallecidos DEIS para mostrar los fallecidos totales (confirmados y sospechosos) por fecha de defunción. Esta información se actualiza una vez por semana. Se muestran con un rezago de 8 días desde el último dato disponible. Datos hasta el 1 de junio 2021.

Figura 5.5: Porcentaje de la población total vacunada



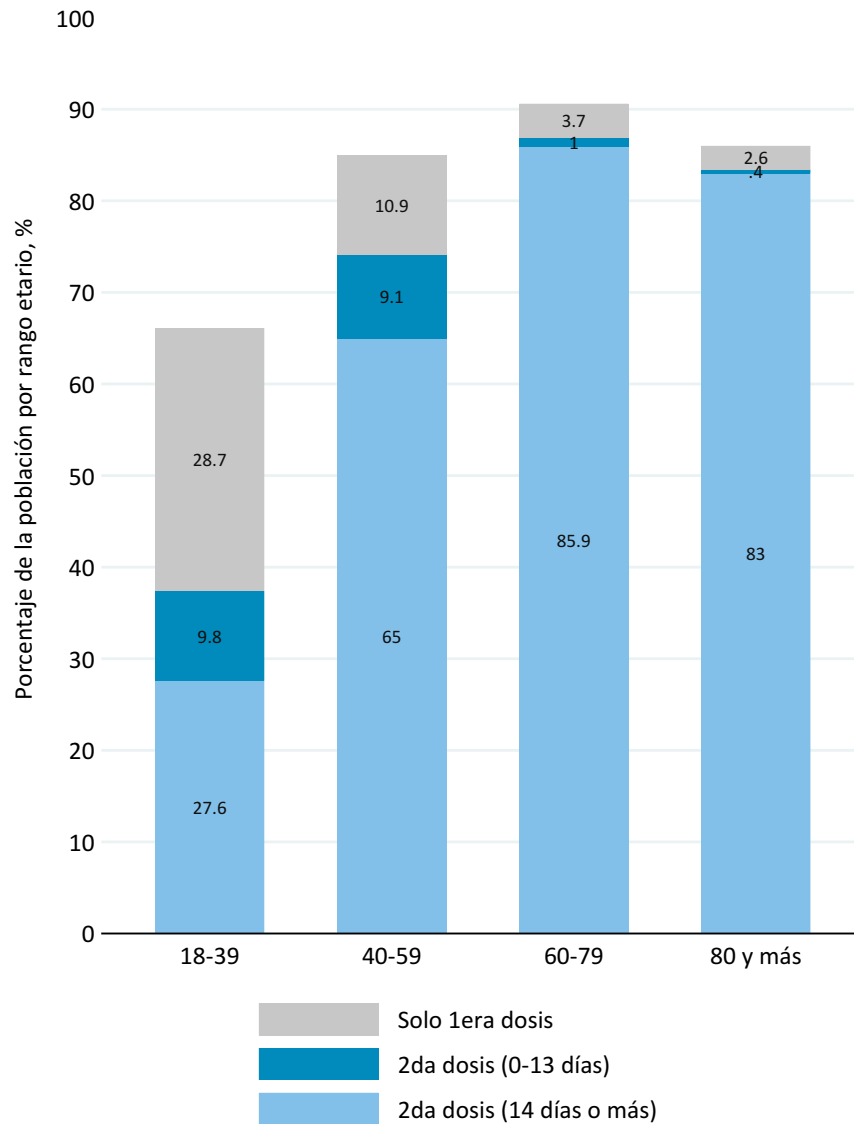
Fuentes: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#) hasta el 15 de junio 2021. Nota: Se utiliza la población total 19.678.363 de la estimación INE 2021 con base Censo 2017. De acuerdo con la información [disponible](#), se observa una respuesta inmune 14 días después de la segunda dosis con Sinovac, y 7 días después de la segunda dosis con Pfizer. Se consideran aquellas vacunas de dosis únicas (CanSino) en segundas dosis, al necesitarse sólo una dosis para la inmunización, y también en al menos una dosis. Al 13 de junio, del total de vacunados: 75.8% fue inoculado con Sinovac, 19.5% con Pfizer, 1.7% con CanSino, y 3% con Astrazeneca.

Figura 5.6: Proporción de la población total vacunada por dosis y no vacunada



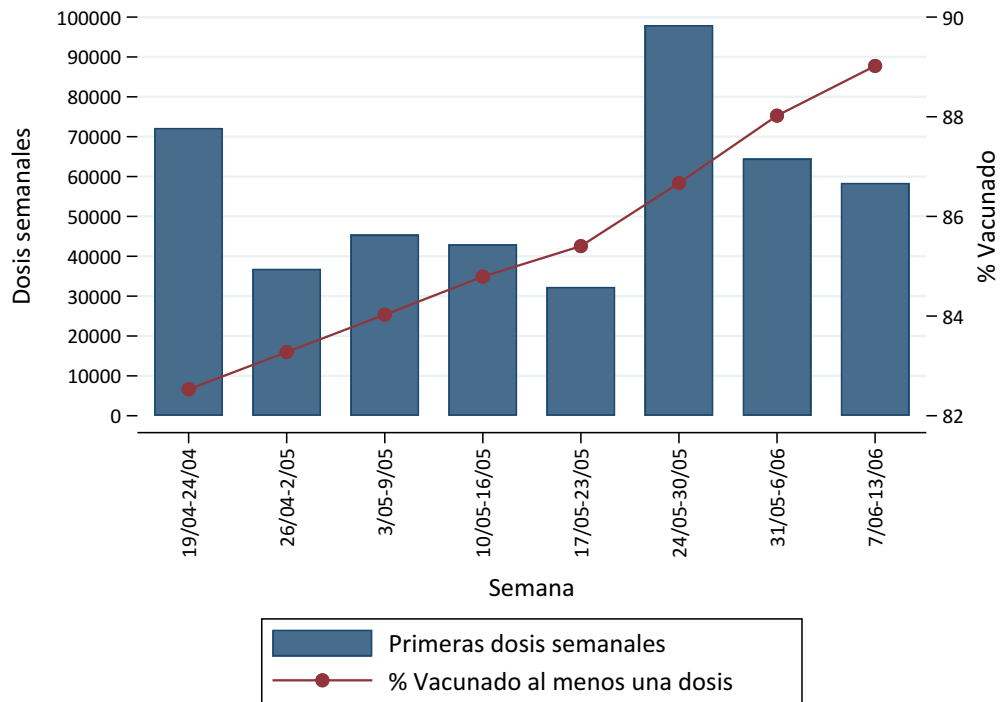
Fuente: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#), datos hasta el 15 de junio de 2021. Nota: De acuerdo con la información [disponible](#), se observa una respuesta inmune 14 días después de la segunda dosis con Sinovac, y 7 días después de la segunda dosis con Pfizer. Se consideran aquellas vacunas de dosis únicas (CanSino) en segundas dosis, al necesitarse sólo una dosis para la inmunización. Al 13 de junio, del total de vacunados, 75.8% fue inoculado con Sinovac, 19.5% con Pfizer, 1.7% con CanSino, y 3% con Astrazeneca.

Figura 5.7: Proporción de la población vacunada por rango etario



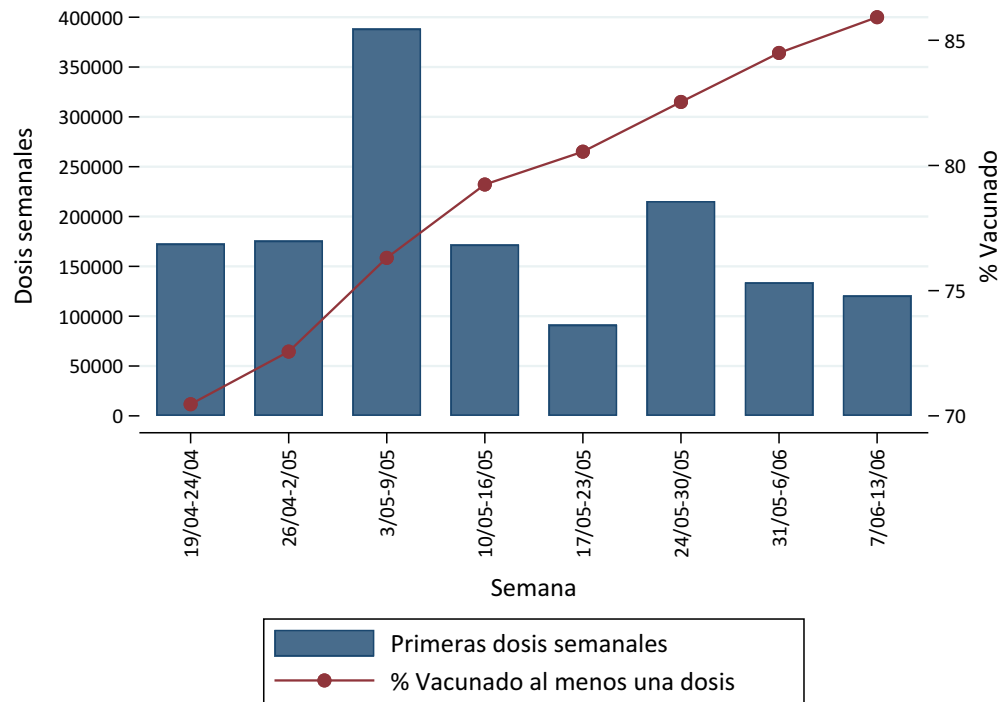
Fuentes: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#) hasta el 15 de junio 2021. Nota: Se utiliza la población de la estimación INE 2021 con base Censo 2017. Al sumar el total de cada barra se obtiene el porcentaje de población con al menos una dosis por rango etario. De acuerdo con la información [disponible](#), se observa una respuesta inmune 14 días después de la segunda dosis con Sinovac, y 7 días después de la segunda dosis con Pfizer. Se consideran aquellas vacunas de dosis únicas (CanSino) en segundas dosis, al necesitarse sólo una dosis para la inmunización. Al 13 de junio, del total de vacunados, 75.8% fue inoculado con Sinovac, 19.5% con Pfizer, 1.7% con CanSino, y 3% con Astrazeneca.

Figura 5.8: Primeras dosis semanales puestas y porcentaje de vacunados con al menos una dosis: personas de 50 años o más



Fuente: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). El 23 de mayo se anunció el pase de movilidad por lo que la sexta semana (del 24 al 30 de mayo) es la semana posterior al anuncio. Se vacunaban semanalmente 45,955 rezagados en promedio, luego del anuncio se vacunaron 52,050 extra (aumento del 113%). En las dos semanas siguiente decayó a 18,544 (crecimiento 40%) y 12,457 (crecimiento 27%) rezagados extra. Las personas de 50 años pudieron vacunarse por primera vez el 7 de abril.

Figura 5.9: Primeras dosis semanales puestas y porcentaje de vacunados con al menos una dosis: personas de 40 años o más



Fuente: Elaboración propia con [Cifras Oficiales](#). El 23 de mayo se anunció el pase de movilidad por lo que la sexta semana (del 24 al 30 de mayo) es la semana posterior al anuncio. Se vacunaban semanalmente 199,961 rezagados en promedio, luego del anuncio se vacunaron 15,529 extra (aumento del 8%). En las dos semanas siguiente se vacunaron 133,855 y 120,639 personas en total. Las personas de 40 años pudieron vacunarse por primera vez el 7 de mayo.