



BOLETÍN SOBRE COVID-19

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

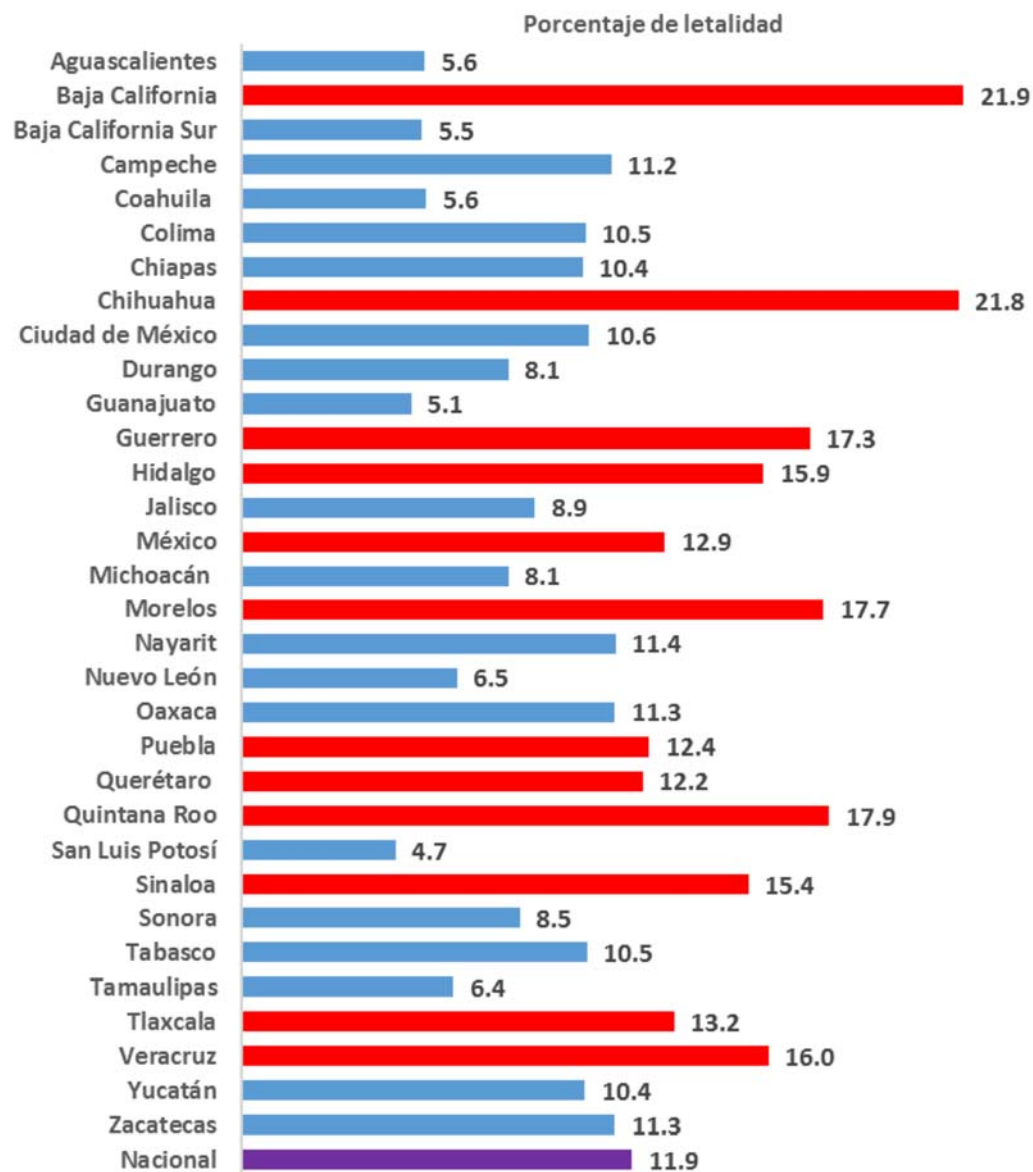
Facultad de Medicina



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

Volumen I, nº 5, 22 de junio de 2020

Letalidad* por COVID-19 en México, según entidad federativa



12 entidades federativas (color rojo) registraron una letalidad superior a la cifra nacional.

* Letalidad = Número de defunciones / número de casos confirmados x 100.

Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2020. [actualizado al 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

CONSEJO EDITORIAL**Editor**

Dr. Carlos Magis Rodríguez

Coeditor

MSP Enrique Bravo García

Comité editorial

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Dra. Alejandra Moreno Altamirano

Dr. Carlos Pantoja Meléndez

Dra. Abril Violeta Muñoz Torres

Dra. Elvira Sandoval Bosch

Dr. Ariel Vilchis Reyes

ISSN: En trámite

CONTENIDO

En portada	1
Editorial	2
Artículos originales	3
Actualización epidemiológica	9
Sopa de Letras	12
Apps sobre COVID-19	13
Infografía	15
Mirador	16
Noticias UNAM	17
Directorio	24

Nota importante:

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

La Ciudad de México y el Estado de México continúan en semáforo rojo y las autoridades han anunciado que esta situación se mantendrá, toda vez que no existen condiciones para la reapertura gradual programada. La realidad se impuso ya que, pese a los pronósticos oficiales, se registró una disminución de los casos, pero no ha sido significativa.

Siguiendo nuestra propuesta de abordar a las distintas poblaciones que —por su situación social y no la biológica— son grupos de riesgo; en esta ocasión publicamos un artículo sobre las personas que viven en situación de calle, con quienes la Facultad de Medicina lleva varios años desarrollando actividades de promoción de la salud. También revisamos los datos registrados de la epidemia en los pueblos originarios de México. Ya conocemos la evidencia de su vulnerabilidad para otros problemas de salud, por ello es importante destacar que la letalidad del COVID-19 en las comunidades indígenas (18.8%) resulta significativamente más elevada que la letalidad general del país (11.9%). Esto revela la enorme vulnerabilidad que tienen las comunidades indígenas, tanto en las urbes como en sus lugares origen. En este número revisamos los casos no solamente por auto adscripción sino por municipio de residencia, siguiendo la clasificación oficial sobre municipios con población indígena.

En otro artículo se revisan los problemas éticos en salud cuando se deben asignar bienes escasos. Ese ha sido una discusión que permanece desde que inició la epidemia como un dilema. Hasta ahora las autoridades han hecho mucho énfasis en que hay suficientes camas hospitalarias y camas de terapia intensiva disponibles. Los resultados de esta disponibilidad no han sido uniformes, ya que artículos epidemiológicos publicados en números previos de este Boletín, han mostrado que la letalidad del COVID-19 es muy diferente en las diversas instituciones de salud y lugares de residencia.

Continuamos observando la relajación en las medidas voluntarias de aislamiento; y ante la ausencia de un tratamiento probadamente profiláctico y sin una vacuna disponible en los próximos meses, los casos seguirán produciendo las defunciones que podríamos haber evitado. En salud pública el concepto de *muerte evitable* nos hace reflexionar sobre las defunciones que ocurren debido a las limitaciones de los sistemas de salud. En el caso mexicano, si supusiéramos que todas las personas fueran atendidas con los estándares de nuestros más eficientes servicios de salud privados o públicos, estaríamos evitando la mitad de las defunciones. A la fecha, estamos hablando de más de diez mil muertes en México que no debieron suceder.

Publicamos una revisión acerca de las Apps sobre COVID-19 que pueden ser herramientas útiles para las y los alumnos; además, una Sopa de Letras que puede resolverse con la relectura de artículos ya publicados en el Boletín. Y por último, recomendamos la conferencia de la filósofa norteamericana Judith Butler, que nos recuerda que todas las vidas deben tener condiciones para ser vivibles.

Dr. Carlos Magis Rodríguez**Editor****Normas para Autores**

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

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

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

— Deberá incluir la afiliación institucional de cada autor (y si lo desea, su cuenta de twitter), así como el email del autor de correspondencia.

— La extensión será de 1500-2500 palabras, incluyendo referencias.

— Un resumen (máximo de 100 palabras) y 5 palabras clave.

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

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

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

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

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

La población en situación de calle ante la emergencia sanitaria por COVID-19

Ariel Vilchis Reyes (@arielreyee)

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

Introducción

El 31 de diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan de la República Popular de China, estalló un brote de una enfermedad infecciosa –hasta ese entonces desconocida–, que más tarde fuera nombrada como COVID-19, infección causada por un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2.¹ Entre los síntomas más frecuentes de esta enfermedad, se encuentra la fiebre (88% de los casos), tos seca (68%), fatiga (38.1%), producción de moco (33.4%) y pérdida del olfato (30%).²

Al ser una enfermedad infecto-contagiosa, la transmisión se realiza de persona a persona, al estrechar manos o, también, a través de gotas de saliva que expulsa una persona infectada; también puede transmitirse al tocar un objeto o superficie contaminada con el virus y después llevarse las manos a la boca, nariz u ojos.³

El 11 de marzo de 2020, la enfermedad COVID-19 fue declarada como una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando ya existían 118,000 casos confirmados y 4,291 personas fallecidas por esta enfermedad en 114 países.⁴

La rápida expansión mundial de la enfermedad se atribuye a tres factores principales: a) su alta contagiosidad, con un R_0 de hasta 3.5, que significa el número de personas que puede contagiar una persona infectada; b) el virus SARS-CoV-2 puede ser transmitidos por personas asintomáticas, lo que hace difícil su detección oportuna; y c) la globalización, es decir, la apertura comercial de las fronteras entre los países, que permitió su difusión por tierra, mar y aire.⁵

Para evitar la rápida expansión de la COVID-19, el 23 de enero de 2020 China decidió cerrar la actividad en cinco ciudades, una de las medidas más radicales ante esta nueva emergencia sanitaria.⁶ Esta medida afectó a 60 millones de personas, lo que representó la mayor cuarentena en la historia de la humanidad: inhabilitación de los servicios de transporte

público, cierre de espacios públicos, aislamiento social, entre otras fuertes medidas. Pero el impacto de las 11 semanas de cuarentena resultó muy alentador, debido a que se logró contener la epidemia, al disminuir significativamente el número de personas infectadas a únicamente 20 nuevos casos por día.⁷

La epidemia en México

El 24 de marzo de 2020, en México inició la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, lo que significó cancelar las “actividades no esenciales”, es decir, aquellas que no afectarían la actividad sustantiva de la organización pública, social o privada, o bien, los derechos de las personas usuarias.⁸ Aunque hubo instituciones de educación pública que lo hicieron antes, como la UNAM que comenzó este proceso desde el 17 de marzo de 2020.⁹

Una semana más tarde, y como resultado del crecimiento exponencial del número de casos de COVID-19, el Consejo de Salubridad General decretó una emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, solicitando a la población de abstenerse de realizar actividades fuera de casa e iniciando el periodo de cuarentena.¹⁰ Sin embargo, empezó a surgir la siguiente preocupación: ¿todas las personas estarán en las condiciones necesarias para permanecer el cuarentena?

A pesar de la aparente efectividad de una medida como el aislamiento social, es importante reconocer que aproximadamente 1,600 millones de personas en el mundo se alojan en viviendas inadecuadas; y que alrededor de 900 millones habitan en asentamiento humanos informales.¹¹ Y por otro lado, debe considerarse que no solo hay personas sin hogar, sino también que unos 500 millones de personas en el mundo que no tienen un empleo.¹²

En el caso de México, se estima que existen 14 millones de personas no cuentan con un hogar¹³ y alrededor de 30.8 millones tienen empleo informal (es decir, sin seguridad social), y que 3.7 millones se

encuentran desempleadas.¹⁴

Frente a las cifras anteriores: ¿cómo pueden millones de personas llevar a cabo las recomendaciones sanitarias establecidas por sus gobiernos?, ¿cómo quedarse en casa cuando no se cuenta con una?

COVID-19 y las personas en situación de calle

La *población en situación de calle* son todas aquellas personas que, con o sin relación entre sí, utilizan recursos precarios para satisfacer sus necesidades elementales, y que sistemáticamente subsisten en el espacio público; de manera temporal o permanente, ocupando espacios no convencionales como vivienda, siendo una particularidad la construcción de su identidad en torno a la calle.¹⁴

Se utiliza el término “*personas en situación de calle*” para tomar en cuenta la diversidad étnica de quienes habitan los espacios públicos, trasladando el adjetivo para describir la situación y no a la persona.¹⁵

Las últimas estadísticas establecen que, en la Ciudad de México, existen 6,700 personas en situación de calle, de las cuales 90.1% son hombres y 9.9% mujeres.¹⁵

En estudios realizados en febrero y marzo de 2020, por estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM, como parte de sus prácticas médicas con *población en situación de calle* de la Ciudad de México, se identificaron las siguientes prevalencias:

- Depresión (24.5%).¹⁷
- Hipertensión arterial (9.7%), glucosa capilar en ayunas mayor a 100 mg/dl (23.1%) y obesidad (14.1%).¹⁸
- Caries dental (5%).¹⁹
- Reactividad a las prueba del VIH (3.9%) y sífilis (9.9%).²⁰

Las prevalencias anteriores muestran que esta población, no solo carecen de una vivienda para cumplir con la principal recomendación en esta emergencia sanitaria, sino que también tienen condiciones de salud poco favorables que aumentan su vulnerabilidad frente al COVID-19.

Pero, ¿qué hacen todas estas personas en situación de calle para atender sus necesidades de salud?, ¿se cumplirá el artículo 4º constitucional que garantiza

la protección en salud a toda la población?.

De acuerdo con el *Informe Especial Situación de los derechos humanos de las poblaciones callejeras en la Ciudad de México 2012-2013*, una de los principales problemas en esta población es el acceso a los servicios de salud, lo que se manifiesta en prácticas de marginación y exclusión consistente en la negación de servicios de atención médica en hospitales y centros de salud por razones de discriminación.¹⁶

Esta discriminación no es solo sectorial, sino estructural, como sucede con los actos de “limpieza social”, cuyo objetivo es diseminar o reubicar grupos de población que tienen arraigo en ciertos espacios, lo cual es contrario a sus derechos humanos.²¹

Acciones temporales para problemas permanentes

Sin hogar, sin empleo, sin acceso a los servicios de salud, discriminación estructural y bajos niveles de salud, son algunas de las condiciones con las que se enfrentan las *poblaciones en situación de calle*, datos que no existen en algún registro oficial del gobierno, lo que es una prueba más de esta discriminación global.

Algunos gobiernos han instrumentado diversas medidas para incidir en este grupo vulnerable. En Madrid, se amplió su campaña de frío otorgando a todas las personas sin hogar la oportunidad de dormir bajo techo y recibir una atención social.²² En Londres, se dispusieron alrededor de 300 habitaciones para las personas sin hogar, pero sólo por 12 semanas.²³ En la Ciudad de México se estableció un programa para otorgar una residencia permanente a esta población, así como el servicio de comedores a bajo precio.²⁴

A pesar de estas iniciativas, en muchos sitios la realidad no se ha modificado de manera importante. Por ejemplo, Gabriela de 35 años, de los cuales 24 ha vivido en calle, comenta que para estar más segura de noche, rentaba un cuarto en un hotel, pero desde la cuarentena esta posibilidad ya no existe; ella expresa que conoce las medidas de prevención ante COVID-19, pero no tiene acceso a agua potable para lavarse las manos.²⁵

Además, es importante mencionar que otros espacios -como asociaciones civiles- han cerrado, teniendo que abandonar su planificación anual: las regaderas antes abiertas a personas en esta condición, las char-

las extendidas sobre su situación actual, la comida que se repartía, todo eso ya no existe, las puertas tuvieron que cerrar por la emergencia sanitaria.²⁵

Conclusión

Se puede observar que las estructuras sociales son las verdaderas responsables de las catástrofes producidas por emergencias sanitarias, como la que vive la humanidad hoy en día por la epidemia del COVID-19, ya que mientras se continúen expandiendo las desigualdades entre los grupos sociales, seguirán existiendo espacios para generar nuevas enfermedades, no solo biológicas, sino también sociales.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevo Coronavirus 2019 [Internet]. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2wQK25m>.
2. Facultad de Medicina, UNAM. COVID-19 [Internet]. COVID-19. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3fGfu7A>.
3. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Coronavirus [Internet]. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2x8R81X>.
4. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3hQyulU>.
5. Bravo-García E, Magis-Rodríguez C. La respuesta mundial a la epidemia del COVID-19: los primeros tres meses. Boletín sobre COVID-19, Salud Pública y Epidemiología. 2020;1(1):3–8. Disponible en: <https://buff.ly/2YhVxxV>.
6. Arana I, Corbella J. China decreta la mayor cuarentena de la historia [Internet]. La vanguardia. 24 de enero 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2zPwTLL>.
7. Chaccour CJ. COVID-19: Five contrastin public health responses to the Epidemic [Internet]. isglobal. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2zPwTLL>.
8. Secretaría de Salud. Jornada Nacional de Sana Distancia [Internet]. Ciudad de México; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2V4k6wr>.
9. Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General de Comunicación Social. La UNAM informa [Internet]. UNAM. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3hPiKzc>.
10. Consejo de Salubridad General. Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19 [Internet]. Ciudad de México; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3fUSlyz>.
11. Organización de las Naciones Unidas. Millones de personas viven sin techo o en casas inadecuadas, un asalto a la dignidad y la vida [Internet]. Noticias ONU. 2018 Disponible en: <https://buff.ly/2V3vCrO>.
12. Organización de las Naciones Unidas. Casi 500 millones de personas no tienen un empleo bien pagado y suficiente [Internet]. ONU Noticias. 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3djoJsl>.
13. López R. Inegi cuenta por primera vez a las personas sin techo [Internet]. Milenio. 15 de marzo 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3ddSwDe>.
14. Álvarez Monroy M.J. Aumenta población desempleada en México en 2019: INEGI [Internet]. Dinero en Imagen. 17 de mayo 2019. Disponible en: <https://buff.ly/2CsD6hJ>.
15. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico Situacional de las poblaciones callejeras 2017-18 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://buff.ly/2CsD6hJ>.
16. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Situación de los Derechos Humanos de las poblaciones callejeras en el Distrito Federal 2012-2013. México: CDHDF; 2014. Disponible en: <https://buff.ly/2CowdOI>.
17. Delgado E, Duana K, Guzmán F, Jacinto F, Jacinto N, Ruiz G. Depresión en personas en situación de calle [Internet]. Ciudad de México; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2NgIaYB>.
18. Amézquita Camacho GD, Díaz Barriere Estrada K, Jasso Guzmán AJ, Ramírez Carrillo D, Ríos Garcés X, Rodríguez Mendoza F. Salud integral. Ciudad de México; 2020.
19. Guauxóchitl Vega MJV, Hernández Franco EJ, Moctezuma Rosas J, Pérez Castellanos J, Robles Brito L. Higiene en población en situación de calle [Internet]. Ciudad de México; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2NgIaYB>.
20. Cortés Páez AM, Gallegos Salmorán D, Morales Chavelas PM, Steinwender LM, Vázquez Fernández K, Grajales Velázquez SM. Estrategias de salud para la población en situación de calle [Internet]. Ciudad de México; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3hKYqiH>.
21. Mata Noguez AL. Las poblaciones en situación de calle ante los sistemas de procuración y administración de justicia en la Ciudad de México. Defensor. 2015;37–44. Disponible en: <https://buff.ly/311CzO4>.
22. García Rey M. Coronavirus: el lema #quédateencasa no sirve para los 35000 sin techo de España [Internet]. El confidencial. 2020 [citado el 3 de junio de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://buff.ly/311CzO4>.
23. Wheble J. Coronavirus: rough sleepers in London given hotel rooms [Internet]. BBC NEWS. 21 de marzo 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2Yk9snb>.
24. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. Medidas de Atención y Protección ante COVID-19, población de calle y abandono social [Internet]. SIBISO 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2YkVMbu>.
25. Gerth S. Población en situación de calle, las olvidadas del

¿A quién asignar una intervención médica escasa?

David Fajardo-Chica

Colaborador del Seminario de Estudios sobre la Globalidad, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción

La escasez de intervenciones médicas en relación con el número de pacientes que las necesitan es un problema usual en la salud pública. El debate respecto a la forma en que deben distribuirse estos bienes ha ganado relevancia en la esfera pública, considerando las medidas que habrían de implementarse en el desafortunado caso de que el impacto de la pandemia de COVID-19 sea de tal magnitud, que las intervenciones escaseen al grado de que no puedan ofrecerse a todos los pacientes que las necesiten.

En este artículo haré un repaso por algunos de los principios éticos que suelen invocarse en la discusión, los distintos criterios que se han usado para implementarlos y señalaré algunos de los riesgos bioéticos involucrados en el contexto de la emergencia por pandemia.

Bienes escasos y principios bioéticos

En la práctica médica usual, una intervención médica se recomienda siguiendo los principios bioéticos usuales: que la intervención redunde en el bienestar del paciente (beneficencia), sin perjudicarle en ese u otros aspectos (no maleficencia) y bajo su estricto consentimiento y elección informada (autonomía).¹ Cuando se trata de asignar intervenciones médicas escasas, la pregunta sobre su asignación trasciende la relación médico-paciente. La distribución de este bien tiene consecuencias públicas y, por lo tanto, la decisión se impone sobre el derrotero de buscar el mayor impacto público positivo. Así, el cuarto principio bioético tradicional, el de la justicia, toma especial relevancia.

La justicia social suele conceptualizarse en estas discusiones de manera utilitarista a partir de la máxima de “más bienestar para más personas”. Esto suele entenderse como “salvar la mayor cantidad de vidas”, a lo que suele añadirse criterios de pronóstico que permitan “salvar la mayor cantidad de años de vida”. En este contexto, suele pensarse que la mejor inversión del recurso escaso es aquella que no sólo

salva una vida, sino que aquella vida salvada sea la que más años de vida tenga por delante. A pesar de que este es el criterio dominante, hay una discusión amplia acerca de los principios y criterios que deberían usarse en estos casos.²

Criterios para la asignación de recursos escasos

En la práctica médica es usual que se enfrente la necesidad de elegir a quién asignar un recurso escaso: trasplantes de órganos, camas en unidades de cuidados intensivos, vacunas, etc. Estas situaciones se han soslayado con base a diferentes principios que van más allá del utilitarista escuetamente mencionado. En la tabla I se encuentra una caracterización de diferentes principios para la distribución de bienes escasos y la manera en la que se han implementado a partir de distintos criterios.

Unos y otros de los principios mostrados en la tabla I se usan para guiar la asignación de recursos escasos de diversa índole. En ocasiones, se implementan sólo uno de los principios. Por ejemplo, la asignación de camas en servicios de emergencia suele darse en orden de llegada en situaciones normales. Sin embargo, hay casos que exigen que se involucren varios de estos principios. Tal es el caso del sistema UNOS [United Network for Organ Sharing] de puntaje para la asignación de donaciones de órganos.³

Este sistema involucra la aplicación de tres principios. Primero, considera al más enfermo primero, según su condición médica actual. Segundo, quien llega primero se atiende primero, de acuerdo al tiempo de espera en las listas de necesidad de órgano. Tercero, pronóstico de acuerdo a la compatibilidad entre tipo de sangre, antígenos y anticuerpos.

El sistema hace uso de uno u otro criterio de manera diferencial para diferentes tipos de casos. Mientras que para la asignación de donación de riñón y páncreas se tiene más en cuenta el tiempo de espera, en la asignación de donación de corazón se le da mucho más peso al criterio de privilegiar al más enfermo.

Riesgos bioéticos

Desafortunadamente, que se siga alguno de estos principios, no quiere decir que se esté exento del riesgo de discriminar injustamente.

Al analizar las causas de que la población afrodescendiente de los Estados Unidos tenga una mayor mortalidad por COVID-19, Hanna McLane concluyó que la razón es el sesgo que el criterio utilitarista puede generar para favorecer a poblaciones ya privilegiadas -que por sus condiciones socioeconómicas han tenido un mejor estado de salud previo, presentan menos comorbilidades y, por tanto, tienen mayor cantidad de años de vida por vivir. Así, desde esta perspectiva, la inversión de los recursos en ellos es “lo más racional”.⁴ Este resultado puede parecer indeseable y preferirse otro criterio.

McLane recuerda el principio de la diferencia, referido por el filósofo John Rawls.⁵ Este principio dicta que los tratos diferenciales sólo son permisibles si ellos redundan en beneficiar a aquellos miembros de la sociedad menos aventajados. De ese modo, en contextos de profundas diferencias socioeconómicas, un resultado justo del proceso debería ser el de invertir los recursos escasos en estas poblaciones, incluso si ello significa que no se estén salvando más años de vida.

En sus lineamientos éticos para el manejo de epidemias infecciosas, la Organización Mundial de la Salud incluye la siguiente consideración: “En algunos casos, una distribución igual de beneficios y pesos puede ser considerada justa, pero en otros, puede ser

Tabla I. Criterios para la asignación de recursos escasos

Tratar a las personas por igual	
Todo paciente debe ser tratado por igual.	Un criterio muy popular: el primero que llegue es el primero que recibe el tratamiento . No evalúa ninguna característica de la persona, evita sesgos. Sin embargo, en el contexto de la pandemia discrimina injustamente a los pacientes de áreas urbanas que tienen acceso fácil a los centros hospitalarios.
	Otro método es el de lotería o el uso de un lanzamiento de moneda (un resultado generado aleatoriamente). No discrimina al paciente por ninguna de sus características y es un sistema que difícilmente puede corromperse. Se usa en asuntos militares o de asignación de cupos escolares.
Prioritarianismo	
Debe tener prioridad quien esté en una situación peor	Puede considerarse que quienes están en una situación peor son los más enfermos . Este principio puede presuponer que los menos enfermos tendrán más tiempo para curarse, lo cual no se garantiza en el contexto de emergencia por pandemia. Su aplicación estricta podría resultar en que muchos recursos van a ser invertidos en pacientes con pocas probabilidades de sobrevivir.
	Las personas más jóvenes están en una situación peor que las personas mayores: en caso de morir lo harían sin haber gozado de años de vida completa. La aplicación estricta de este criterio llevaría a preferir asignar un recurso escaso a un bebé de 2 meses que a un joven de 20 años, suele matizarse al considerarse un resultado indeseable.
Utilitarismo	
La inversión del recurso debe ser guiada por la mayor utilidad.	La mayor utilidad que puede generar el recurso médico suele ser calculada a partir de la cantidad de vidas salvadas . Evita cualquier consideración sobre las cualidades de las personas.
	Deben salvarse la mayor cantidad de años de vida . Esta manera de hacer más sofisticado el principio incluye la prognosis que permita diferenciar más finamente para la toma de decisión cuantos años de vida se salvará en cada caso. Aquella asignación que salve más años de vida será la que presente más beneficio.
Reciprocidad	
La inversión del recurso es una oportunidad para retribuir por un bien que el paciente ha dado o dará a la sociedad.	A pesar de que toda vida tenga el mismo valor intrínseco como persona, en ciertas situaciones algunas personas tendrán un valor instrumental mayor para la sociedad. Esto permite a la vez orientar los recursos para enfrentar la situación futura. Aquí puede entrar el personal de salud o aquellos quienes se comprometan a tener estilos de vida que les haga consumir menos recursos del sistema.
	El recurso podría ser asignado en forma de retribución a quienes ya hayan ofrecido algo a la sociedad: quienes han donado órganos, han participado en experimentación de vacunas, veteranos de guerra, etc.

Para una discusión amplia acerca de estos principios, los criterios y su implementación a diversas necesidades, véase la referencia 2.

más justo dar preferencia a los grupos que están en peor situación, tales como los pobres, enfermos o vulnerables”.⁶

En su presentación sobre el dilema ético de esta situación, Carlos Romero sostiene: “Por supuesto, a muchos les parecerá horrible dejar sin respirador artificial a una persona solamente porque tiene más dinero que otra y por ello, ha tenido mejores servicios de salud. Pero a muchos también nos parece horrible dejar sin respirador artificial a una persona solamente porque, como ha tenido menos dinero, tiene más problemas de salud”.⁷

En este contexto, Hannah McLean refiere: “En otras palabras, a veces podríamos elegir dar más recursos para salvar a las personas más enfermas a expensas de salvar a un mayor número de personas más saludables. Podemos aspirar a salvar la mayoría de las vidas, pero este no tiene que ser nuestro único principio rector. Y esta puede ser una opción éticamente “correcta”. Incluso durante una emergencia, hay espacio para considerar las desigualdades pasadas que han provocado las condiciones actuales”.⁴

El dilema se da porque vislumbramos dos criterios para dar significado a qué es lo justo en este caso: una visión utilitarista o una visión que proviene del principio de diferencia. A pesar de que las características de la situación no permitan que todas las partes queden satisfechas, el sustento ético de cualquier elección debe ser suficientemente robusto.

En todo caso, el reflejo de lo sucedido en los Estados Unidos con las poblaciones afroamericanas y latinas reclama que los principios de justicia social no se olviden, incluso en estos momentos en los que son tan importantes las medidas que implementación de acciones que mejoren el control epidémico.

Las poblaciones vulnerables pueden verse afectadas por el énfasis utilitarista con el que suelen enfocarse la solución a este tipo de problema. Se debe prestar especial atención a consumidores de drogas inyectables, adultos mayores, personas con discapacidad, población LGBTTTI, integrantes de poblaciones en situación de calle, migrantes, personas en pobreza, personas privadas de su libertad, pacientes de enfermedades psiquiátricas, pacientes que viven con el VIH, adultos mayores, e incluso, las niñas y niños pequeños.

Existe el riesgo de que habida cuenta de las estructuras sociales que dan lugar al estigma, pero también de los sesgos implícitos que afectan la toma de decisiones, estas poblaciones sean evaluadas erróneamente, de manera que se dé una subvaloración de sus vidas y, por lo tanto, un sesgo en su contra. Los cálculos de utilidad alrededor de la asignación de una intervención escasa deben ser muy cuidadosos en este aspecto.

La reflexión acerca de las influencias sociales, pero también psicológicas, en las preferencias respecto a cómo distribuir recursos, podría evitar -en alguna medida- los sesgos indeseables que pueden ocurrir incluso tras la implementación de principios éticos. Tal revisión es importante, pues ella misma está motivada por aquello que hizo que se plantearan esos principios en primer lugar: la búsqueda de soluciones justas.

Referencias

1. Childress T, Beauchamp J. Principles of Medical Bioethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
2. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*. 2009;373:423-31. Disponible en: <https://buff.ly/2Y6jSXm>
3. United Network for Organ Sharing. Policies. Disponible en: <https://unos.org/policy/> [Consultado abril 20 de 2020].
4. McLean H. A disturbing medical consensus is growing. Here's what it could mean for Black patients with coronavirus. Disponible en: <https://why.org/articles/a-disturbing-medical-consensus-is-growing-heres-what-it-could-mean-for-black-patients-with-coronavirus/> [Consultado el 20 de abril de 2020].
5. Rawls J. A theory of Justice. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1971.
6. World Health Organization, Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580> [Consultado el 3 de junio de 2020].
7. Romero C. La ética de la asignación de recursos hospitalarios [1]. Weblog. Disponible en: <https://buff.ly/2UMHzlH> [Consultado el 20 de abril de 2020].

Letalidad por COVID-19 en la población indígena de México

Abril Violeta Muñoz-Torres (@abrilvioleta1)¹, Enrique Bravo-García², Carlos Magis-Rodríguez (@carlosmagis)¹

¹Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

²Doctorante en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública

Hasta el día 20 de junio de 2020, se han acumulado en todo el país 175,202 casos confirmados de COVID-19 (78,782 mujeres, 45.0 %; y 96,420 hombres, 55.0 %). Además, se han registrado 20,781 defunciones, de las cuales 66.1% correspondieron a hombres (13,727 defunciones) y 33.9% a mujeres (7,054 defunciones). De este modo, combinando ambos indicadores, México tiene una letalidad de 11.9%, cifra que cuando menos duplica la letalidad a nivel mundial (5.4%)¹.

De acuerdo con los registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el 25.4% de los municipios del país corresponden a población indígena. En estos municipios, el 60% o más de sus habitantes son hablantes de alguna lengua indígena.² Considerando lo anterior, el 1.1% de los casos confirmados de COVID-19 ocurrieron en población indígena (2,004 personas), es decir, que se autoidentificaron como indígenas; pero solamente el 43% de ellos viven en municipios de población indígena.

La letalidad en la población indígena (18.8%) fue más elevada que la registrada en la población general (11.8%); por sexo, la letalidad en hombres (20.7%) resultó muy superior a la letalidad en las mujeres (15.9%), lo que muestra un diferencial muy importante en la probabilidad de morir (figura 1).

Como sucede con otros grupos poblacionales, la letalidad en la población indígena aumenta conforme la edad; y se eleva significativamente a partir de los 40 años de edad (figura 2).

Figura 1. Letalidad por sexo en población indígena de México*

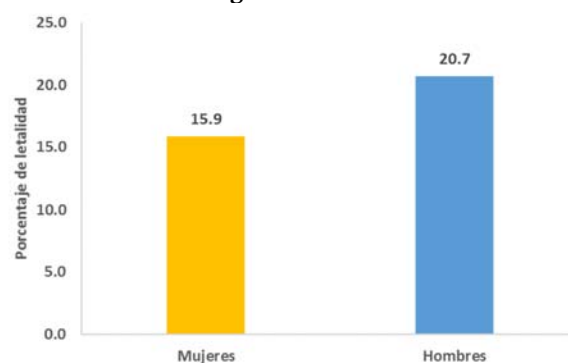
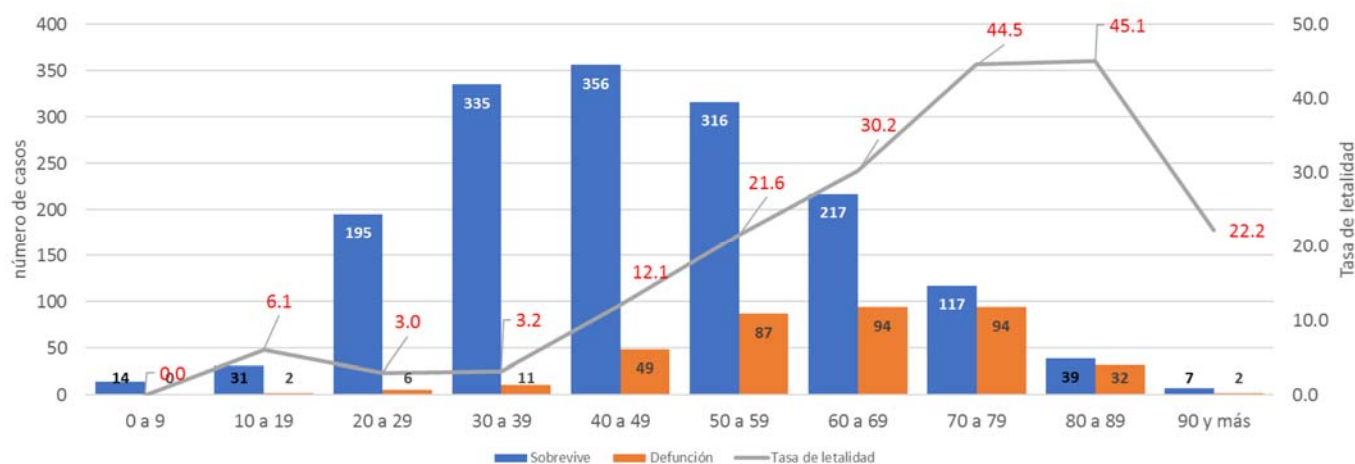


Figura 2. Letalidad por COVID-19, según grupos de edad, en población indígena de México*



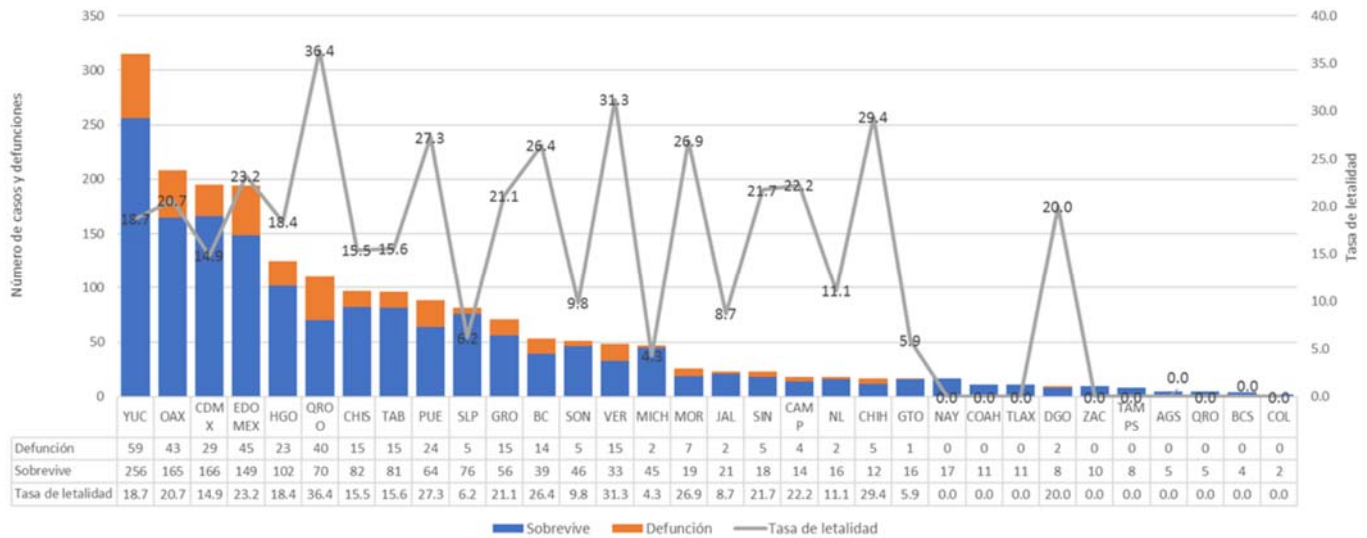
* Información al corte de la Semana Epidemiológica 25 (20 de junio de 2020).

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2020. [actualizado al 20 de junio]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Actualización epidemiológica: 20 de junio de 2020

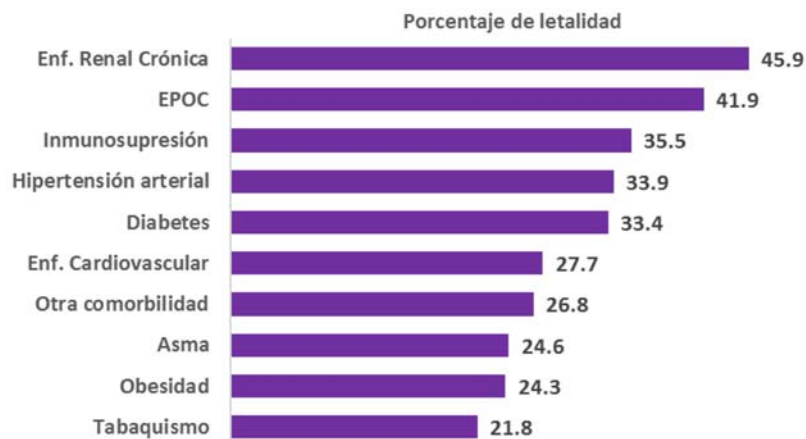
La letalidad en población indígena, según entidad federativa, es muy heterogénea; en el caso más extremo está Quintana Roo con una letalidad de 36.4% -cifra que supera tres veces la cifra nacional-, en donde uno de cada tres indígenas muere en esa entidad. A continuación aparecen Veracruz, Chihuahua, Puebla, Morelos y Baja California con letalidades que superan más de dos veces la cifra nacional (figura 3).

Figura 3. Letalidad por COVID-19 según entidad federativa, en población indígena de México*



Los municipios que tiene una población mayoritariamente indígena presentan altos grados de marginación social. Debido a que tienen bajo nivel educativo, trabajo mal remunerado e inadecuado acceso a los servicios de salud, todo problema de salud se agrava. Cuando existe la presencia de otras enfermedades crónicas no transmisibles, la letalidad tenderá a elevarse. En el caso del COVID-19, la población indígena presenta elevadas tasas de letalidad cuando existen las comorbilidades. Las más importantes son: Enfermedad Renal Crónica (45.9%), EPOC (41.9%), Inmunosupresión (35.5%), Hipertensión arterial (33.9%) y Diabetes (33.4%). Sin embargo, en todas las comorbilidades, la letalidad es cuando menos el doble de letalidad nacional.

Figura 4. Letalidad por COVID-19, según presencia de comorbilidades, en población indígena de México*



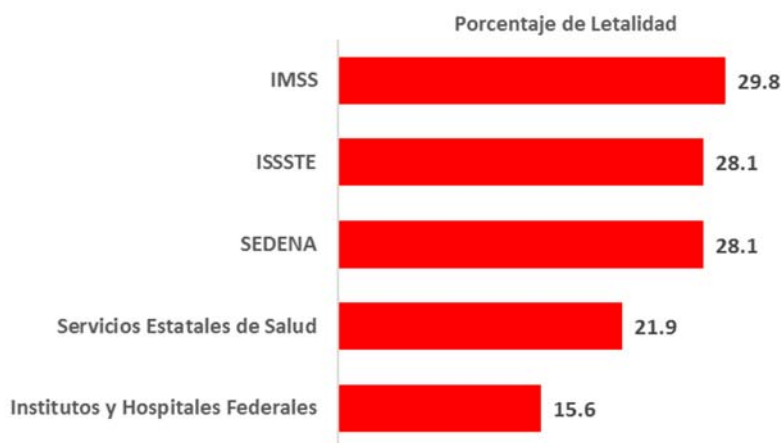
* Información al corte de la Semana Epidemiológica 25 (20 de junio de 2020).

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2020. [actualizado al 20 de junio]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Actualización epidemiológica: 20 de junio de 2020

Al comparar la letalidad entre las diversas instituciones que atendieron a los pacientes indígenas con COVID-19, también se encontró un diferencial muy importante. La mayor letalidad ocurrió en el IMSS (29.8%), seguido del ISSSTE y SEDENA (ambos, con 28.1%) y de los Servicios Estatales de Salud (21.9%). Como era previsible por la calidad de la atención, la menor letalidad (15.6%) –aunque aún superior a la cifra promedio nacional– correspondió a los Institutos y Hospitales Federales (15.6%) (figura 5).

Figura 5. Letalidad por COVID-19, según institución de atención médica, en población indígena de México*



Nota: No se incluyen 12 casos de población indígena que fueron atendidos en hospitales privados, de los cuales tres fallecieron.

A pesar de la limitada disponibilidad de información para abordar la situación de salud de la población indígena en México, celebramos que para el caso del COVID-19 la variable de autoascripción exista. Este ejercicio muestra que para todas las variables analizadas, la población indígena está mucho más afectada que la población general.

Referencias

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). Situation report–152: 20 June 2020 Geneva: WHO; 2020 . Disponible en: <https://buff.ly/2RLHWvL>
2. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México. México: CNDPI; 2016. Disponible en: <https://buff.ly/2YnFi2x>

* Información al corte de la Semana Epidemiológica 25 (20 de junio de 2020).

Fuente: Secretaría de Salud. Datos Abiertos - Dirección General de Epidemiología [sitio de internet]. 2020. [actualizado al 20 de junio]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>.

Conocimientos sobre COVID-19

Sopa de Letras sobre Manejo de la enfermedad COVID-19*

Ariel Vilchis-Reyes (@arielreyee)

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

T	O	C	I	L	I	Z	U	M	A	B	F	O	Y
K	K	N	C	R	E	M	D	E	S	I	V	I	R
F	F	X	R	S	E	X	R	S	N	M	L	H	W
E	U	A	X	M	A	D	L	A	V	P	O	L	Y
C	S	I	V	W	D	P	X	R	Q	G	P	U	I
L	D	T	D	I	H	E	Y	I	Q	G	I	I	K
O	U	C	E	I	P	G	Z	L	B	T	N	F	X
R	D	I	F	R	F	I	Y	U	R	W	A	J	Z
O	W	U	H	G	O	S	R	M	A	P	V	P	N
Q	S	J	M	V	H	I	C	A	R	Q	I	D	O
U	X	W	F	H	L	A	D	B	V	K	R	G	W
I	V	W	L	M	A	F	K	E	O	I	O	G	G
N	V	R	Y	L	Y	L	Q	B	S	L	R	S	J
A	I	N	T	E	R	L	E	U	C	I	N	A	6

Preguntas

1. Tienen actividad in vitro contra el SARS-CoV-2, tal vez bloqueando el transporte endosomal.
2. Un inhibidor de la proteasa de VIH-1.
3. Es un inhibidor de la RNA polimerasa.
4. Es una pro-droga de un nucleótido de purina.
5. Un antagonista del receptor IL-6 de anticuerpos monoclonales.
6. Antagonista del receptor IL-6 aprobado para la Artritis Reumatoide.
7. Su efecto es disminuir la respuesta inflamatoria exagerada del huésped en los pulmones.
8. Parece ser marcador o consecuencia de la desregulación inflamatoria.

Respuestas: se pueden consultar en la página 23.

* Basado en el artículo: Crabtree-Ramírez BE. Manejo de la enfermedad COVID-19, causada por el SARS-CoV-2. Boletín sobre COVID-19: Salud Pública y Epidemiología. 2020;1(2):3-6. Disponible en: <https://buff.ly/37JMWaC>.

Redes Sociales y canales de comunicación

Las aplicaciones (Apps) sobre COVID-19

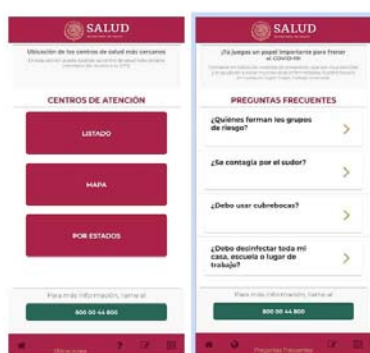
Carlos Magis-Rodríguez (@carlosmagis)¹, Enrique Bravo-García²

¹Profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

²Doctorante en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública

La tecnología pone a nuestra disposición herramientas que pueden ayudarnos a mantenernos seguros e informados. A continuación, te presentamos algunas de las mejores Apps, tanto para IOS como para Android, que puedes utilizar durante esta contingencia sanitaria.

1. COVID-19MX



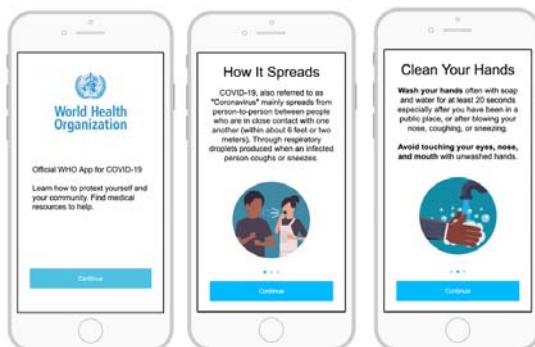
La aplicación de la Secretaría de Salud federal te permitirá contar con la información necesaria para protegerte y actuar de manera oportuna durante la contingencia sanitaria. La aplicación cuenta con acceso directo al teléfono de atención epidemiológica sanitaria, cuestionario de autodiagnóstico, ubicaciones de los centros de atención más cercanos, consejos y noticias.

2. App CDMX



Esta aplicación centraliza el acceso a las aplicaciones existentes de las distintas entidades gubernamentales de la administración pública de la Ciudad de México. Debido a la gran cantidad de casos de COVID-19 que se presentan en la ciudad, la aplicación habilitó un módulo llamado Hospitales, el cual muestra un mapa que se activa tras aceptar que la aplicación acceda a tu GPS y muestra los hospitales más cercanos a tu domicilio, así como la disponibilidad de camas y ventiladores.

3. WHO Info



Es la aplicación oficial de la Organización Mundial de la Salud. Muestra las últimas noticias, eventos, características y actualizaciones de última hora sobre brotes y epidemias, así como del COVID-19 en particular.

4. CDC



La *App* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos contiene una gran cantidad de información autorizada sobre el estado actual de la pandemia. También hay consejos útiles para los ciudadanos estadounidenses sobre la mejor manera de protegerse a sí mismos y a los demás de la infección. Debido a la actual falta de disponibilidad de pruebas en los Estados Unidos, la aplicación también dispone de un auto-comprobador de coronavirus si te sientes enfermo. No está destinado a ofrecer un diagnóstico, pero proporciona una simple pregunta y respuesta para ayudarle a identificar si podrías estar infectado con el virus SARS-CoV-2.

5. CovidRadar.mx



La estrategia de esta *App* es rastrear a personas que estuvieron en contacto con un caso de coronavirus. Fue lanzada por el gobierno de Nuevo León con la esperanza que ayudará a la población del estado a evitar una mayor propagación de la pandemia. Es un programa voluntario y anónimo, donde los usuarios pueden dejar voluntariamente sus datos de contacto. CovidRadar funciona como radar por medio de Bluetooth detectando dispositivos cercanos. La aplicación inicia su operación en el momento en que la persona está cerca de un celular o tableta de otra persona, y registra la fecha, hora y el identificador del dispositivo. La *App* busca celulares o dispositivos, con base en el lugar y tiempo, de quienes estuvieron en contacto con una persona que tenga coronavirus. Después enviará una alerta a los usuarios y con esto se podrá detener la propagación de la pandemia. Modalidades de *App* rastreadoras existen para varios países.

6. CORONAVIRUS UNAM



La *App* Coronavirus UNAM tiene el objetivo de obtener datos a través de cuestionarios para seguir el desarrollo de la epidemia y brindar información oportuna que sirva para evaluar intervenciones importantes en la comunidad.

INFOGRAFÍA

Infografía de la Quincena

Durante las prácticas de la asignatura de *Promoción de la Salud* de la licenciatura de Médico Cirujano, estudiantes del segundo año realizaron actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en personas en situación de calle de la Ciudad de México, del 20 de enero al 4 de marzo de 2020.

Guauchochitl Vega Marina Jennifer Vianney
Hernández Bautista Marco Antonio
Martín Franco Erika Jocelin
Moctezuma Rosas Jacqueline
Pérez Castellanos Jacqueline
Robles Brito Lilliana

Higiene

Factores para las malas condiciones de salud

- Falta de hábitos y espacios que permitan tener buena higiene
- Falta de acceso a servicios de salud
- Consumo problemático de psicoactivos

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE

Higiene como método de prevención

- Adecuada higiene de manos disminuye la incidencia de infecciones respiratorias, estomacales y cutáneas.
- La higiene dental previene pérdidas dentales y muchas otras patologías dentales.

Antecedentes

"La población en situación de calle tiene innumerables afectaciones a la salud, integridad y vida, derivadas de las limitaciones para acceder a una alimentación saludable, servicios de higiene y espacios dignos para refugiarse ante los riesgos ambientales"

- Informe Especial Situación de los derechos humanos de las poblaciones callejeras en la Ciudad de México.

Objetivos

Contribuir a que las personas en situación de calle, conozcan los aspectos básicos de la higiene personal y comprendan los beneficios de esta, ayudándolos a desarrollar las siguientes habilidades:

- Higiene de manos con gel antibacterial.
- Técnicas para mantener una buena higiene bucal.

Datos obtenidos

Se atendió a 70 personas.

De la población que duerme en calle hubo un predominio del 69.57% del genero masculino, y solo el 1% dijo abiertamente ser transexual

Lavado de manos

- 7.28% no cuenta con agua y jabón
- 92.75% si cuenta con agua y jabón.

DE ESTE 92.75%, EL 12% NO SE LAVA LAS MANOS ANTES DE COMER E IR AL BAÑO

Al revisar el aspecto de las manos, **13% DE LA POBLACIÓN TENIA LAS MANOS COMPLETAMENTE SUCIAS** a pesar de que sólo el 7% no tiene recursos

Razón de prevalencia: **6.32**

Razón de prevalencia: **3.32**

6.32 veces más riesgo de no lavarse las manos cuando se duerme en calle.

Lavado de dientes

- 18% no cuenta con agua, cepillo ni pasta de dientes
- 82% si cuenta con agua, cepillo y pasta de dientes

Razón de prevalencia: **4.62**

Razón de prevalencia= **4.625**

4.6 veces más riesgos de padecer una patología dental cuando se duerme en calle.

PATOLOGÍAS DENTALES ENCONTRADAS:

- Pérdida dentaria: **10%**
 - 57% se lava los dientes diario y tiene recursos
 - 28% se lava cuando tiene oportunidad y no tiene recursos
 - 14% no se lava y no tiene recursos
- CARIES Y PLACAS: **5%**
 - 25% se lava los dientes diario y tiene recursos
 - 75% no se lava los dientes y no tiene recursos

85% sin patologías

Metodología

- Consentimiento informado individual
- Aplicación de encuesta
- Dar información sobre los beneficios de la higiene de manos y bucal, así como las consecuencias por falta de realizar estas actividades
- Enseñar técnicas correctas de la higiene de manos y bucal
- Proporcionar un gel antibacterial de uso personal, cepillo de dientes y Shampoo o Jabón de barra

Materiales

- Gel antibacterial en frascos
- Shampoo en frascos
- Jabón neutro en barra
- Modelo dental
- Cepillos dentales
- Encuestas
- Cartel sobre higiene de manos

Planteamiento del problema

La mala distribución de recursos y los determinantes de la salud entre personas de una misma región puede cambiar de forma impactante, provocando una deficiencia de una buena higiene y que afecta principalmente a la población en situación de calle.

Conclusiones

- La mayoría de las personas en situación de calle, cuentan con recursos para cuidar su higiene y son conscientes de la importancia de ésta en su vida.
- Las personas suelen descuidar más la higiene dental que la de manos, a pesar de conocer la técnica correcta del cepillado de dientes.
- No todos los resultados son asociados a una mala higiene, hay factores como falta de recursos, uso de drogas y violencia física, que afectan su salud (sobre todo la dental)
- Hace falta mayor profundidad en la investigación y más estudios donde el número de personas encuestadas sea aún más grande para optimizar los resultados y complementar el trabajo

Importancia de la higiene

85% RECONOCIÓ LA IMPORTANCIA SOBRE SU SALUD DE LA HIGIENE DE MANOS Y DIENTES

Bibliografía

- Union, R. (2020). The long history of the hand-washing gender gap. Recuperado el 16 de marzo del 2020 de <https://late.com/technology/2020/02/women-hand-washing-more-than-men-why-coronavirus.html>Secretaría de Desarrollo Social. (2018).
- Diagnóstico situacional de las poblaciones callejeras 2017-2018. Recuperado el 16 de marzo de 2020 de <http://www.sibiso.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Diagnostico%20situacional%20de%20la%20Poblacion%20Callejeras.pdf>

Qué hace una vida vivible

Judith Butler

Mirador. Una sección dedicada a ofrecer nuevas visiones de la pandemia con una perspectiva amplia y humanista.



El Aleph. Festival de Arte y Ciencia 2020. Las Posibilidades de la Vida: COVID-19 y sus efectos CulturaUNAM. Conferencia de la Dra. Judith Butler, de la Universidad de California en Berkeley, CA (USA)

El Aleph se llevó a cabo este año de manera virtual y estuvo orientado a la discusión acerca de la pandemia. El festival reunió a 170 científicos y artistas de 20 países que, desde su especialidad, plantearon respuestas a los retos que esta emergencia global impone.

Los seis ejes que definieron las actividades fueron:

1. **Origen.** Abordó el inicio y las investigaciones en torno a los virus.
2. **Epidemia y pandemia.** Enfocado al crecimiento exponencial de la enfermedad y a los modelos matemáticos empleados en su medición.
3. **Posibilidades de medicamentos y estrategias sociales.** Se analizaron las medidas de higiene preventivas, las propuestas de medicamentos y vacunas.
4. **El virus del miedo.** Dedicado a la proliferación de noticias falsas y el pánico que generan.
5. **Un día después.** Centrado en las consecuencias económicas y sociales, así como en el estrés post-traumático que dejará la pandemia.
6. **La vida.** Disertó sobre las posibilidades de la subsistencia en situaciones límite, la resiliencia, el arte y los recursos internos para enfrentar las crisis.

Destacamos uno de los eventos que tuvo lugar, la conferencia de la filósofa Judith Butler, considerada una de las intelectuales más importantes de la actualidad. Butler es una teórica postestructuralista especializada en nociones de género, vida y feminismo. Sus reflexiones sobre la performatividad y el discurso han determinado nuevas maneras de entender y pensar el mundo contemporáneo.

En el festival Aleph, Butler presentó la videoconferencia *Qué hace una vida vivible*, que se transmitió por diferentes redes sociales y ahora se encuentra disponible en el siguiente vínculo: <https://buff.ly/37NfZd8>.

Butler plantea una reflexión acerca de la situación actual de pandemia y la manera en la que ésta ha evidenciado las condiciones de habitabilidad de nuestro mundo. Vivir una vida necesita de un mundo en el que ésta pueda ser vivida, es decir, requiere de un mundo habitable. La condición de la pandemia ha mostrado que la vida no se vive de manera *individual*, sino que se vive siempre *con el otro*. La pandemia ha demostrado la infinidad de maneras en las que estamos conectados unos con otros y hasta qué grado en que nuestras vidas dependen de las vidas de los demás.

Butler discute la vida dicotómica de los cuerpos en la pandemia: son a la vez vulnerables de ser contagiados y capaces de contagiar. Presenta así una condición de vida paradójica, el cuerpo como sujeto y objeto de la enfermedad de manera simultánea. Esta crisis sanitaria ha vuelto más tangible la manera en la que el espacio de cohabitación implica una situación de salud común: compartimos el aire y, a través de él, la posibilidad de contagio. Tú y yo, yo y tú estamos conectados, nuestro bienestar es mutuo. Para Butler, el virus ha puesto en evidencia la vulnerabilidad y la infinita interconexión de nuestras vidas, al tiempo que se pregunta por las condiciones que harán que esta vida, mi vida y también nuestra vida, sea vivible en el futuro (CM).

Lineamientos generales para el regreso a las actividades universitarias en el marco de la pandemia*

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Ciudad Universitaria, 18 de junio de 2020.

I. PRESENTACIÓN

Estos lineamientos tienen como objetivo establecer las medidas específicas sobre promoción y protección de la salud de la comunidad universitaria que deberán ser implementadas en todas las entidades y dependencias en la reanudación de actividades laborales, sociales, educativas, deportivas y culturales de forma ordenada, paulatina y progresiva, procurando en todo momento la protección del Derecho Humano a la salud.

En consecuencia y con el fin de lograr un retorno a las actividades laborales, seguro, responsable y confiable, se ha tomado en cuenta la estructura y particularidades de esta Casa de Estudios y los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2020.

La Universidad regresará a labores cuando la contingencia sanitaria lo permita, las autoridades de salud federales y locales lo autoricen y cuando su comité de expertos considere que es posible regresar. Cuando esto así suceda, el retorno será de forma gradual. Las indicaciones pertinentes se comunicarán a la comunidad con 15 días de antelación.

II. PRINCIPIOS E INDICACIONES GENERALES

La aplicación de estos Lineamientos es de carácter obligatorio y general para la toda la Comunidad Universitaria. Se basan en los siguientes principios rectores:

- Privilegiar la salud y la vida
- Solidaridad y no discriminación
- Economía moral y eficiencia productiva
- Responsabilidad compartida

Con base en los anteriores postulados es importante tener presente la permanencia del riesgo de infección, la necesidad de mantener una higiene permanente y de procurar realizar, cuando sea posible, trabajo desde casa.

La comunidad universitaria en general, así como la de los visitantes (espectadores, proveedores, contratistas, etc.), que accedan a las instalaciones universitarias deberá atender en todo momento las siguientes indicaciones:

- Quedarse en casa si presenta síntomas de enfermedad respiratoria o relacionados con COVID-19.
- Atender y cumplir con todas las medidas de prevención que le sean indicadas.
- Evitar todo contacto físico.
- Mantener una sana distancia (de al menos 1.8 metros) con las demás personas.
- Usar cubrebocas de forma adecuada (sobre nariz y boca) y otras barreras como caretas o pantallas, en caso de así ser requerido. Las caretas no sustituyen el cubrebocas.

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

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, o bien limpiarse las manos con gel (con un contenido de alcohol mínimo de 70%).
- No tocarse la cara con las manos, sobre todo nariz, boca y ojos.
- Evitar tocar, en la medida de lo posible, cualquier tipo de superficie, barandales, puertas, muros, botones, etc.
- Practicar etiqueta respiratoria al toser y estornudar: cubrirse nariz y boca al toser con el ángulo interno del brazo o con un pañuelo desechable. Este último deberá tirarlo en los contenedores asignados para tales residuos, después lavarse las manos.
- Utilizar los filtros de seguridad sanitaria, guardando para ello una sana distancia y siguiendo las indicaciones específicas que en ellos reciban.
- Evitar la presencia de acompañantes, en especial de menores de edad y personas con alto riesgo frente al COVID-19.
- Evitar, en la medida de lo posible, el uso de joyería y corbatas.
- No compartir materiales, instrumentos y cualquier objeto de uso individual.
- Evitar, siempre que sea posible, el uso de elevadores. El uso de estos estará reservado preferentemente para la utilización de personas con discapacidad o de edad mayor.

III. ACCIONES PRELIMINARES

Determinación del aforo y condiciones de los espacios cerrados

Cada entidad y dependencia deberá analizar las condiciones de sus espacios de trabajo para determinar su capacidad o aforo. Para ello se puede considerar la instalación de barreras o la distancia mínima de seguridad. Cuando así se requiera, se utilizarán señalizaciones que aseguren esta distancia.

En particular, para determinar la capacidad de las áreas destinadas a la atención de trámites se deberá propiciar la realización de estos de forma remota. Para aquellos que sea indispensable realizar en forma presencial, se deberá tomar en cuenta la cantidad normal de trabajadores y personas realizando trámites. Se instalarán barreras físicas de protección y se proveerá a los trabajadores con equipo de protección personal, que consistirá en cubrebocas, caretas y guantes.

En el caso de áreas de trabajo donde no sea posible garantizar la sana distancia entre trabajadores, se podrá optar por el trabajo a distancia, horarios escalonados, modificación de turnos, horarios flexibles u otros esquemas que eviten concentraciones de personal en las instalaciones. Se procurará, en la medida de lo posible, que exista una distribución equitativa en la aplicación de estos esquemas entre los trabajadores involucrados.

Se colocarán de forma estratégica en distintos puntos de las áreas de trabajo dispensadores con gel y con solución desinfectante a base de cloro a libre disposición de la comunidad.

Se proveerán indicaciones para la utilización adecuada de escaleras y elevadores.

Determinación de aforo y condiciones para espacios de estudio o de uso colectivo

Dado que el tamaño y capacidad de los espacios de estudios: aulas, salones de seminario, auditorios, laboratorios, bibliotecas, clínicas, espacios de servicios a la comunidad, etc., es muy variable, cada entidad o dependencia deberá determinar su aforo seguro. Se pueden tomar como pautas generales reducir su aforo a un máximo del cincuenta por ciento de su capacidad o asignar 3 m² por persona, buscando siempre preservar distancias seguras.

En el acceso a áreas comunes: baños, vestidores, casilleros, cafeterías, comedores, etc., deberán colocarse marcas en lugares apropiados que indiquen la distancia mínima entre personas.

En los espacios comunes o de mayor concentración, se buscará favorecer la ventilación natural.

Se colocarán de forma estratégica en distintos puntos de las áreas de circulación dispensadores gel a libre disposición de la comunidad.

Se establecerán roles para la asistencia de los estudiantes a actividades presenciales. Para ello, y con base en los aforos establecidos, la lista de integrantes a cada grupo se partirá, asignando la asistencia alternada para los estudiantes según la partición adoptada. De ser posible, y para favorecer la organización, se procurará que la división se haga por el mismo orden alfabético.

De acuerdo a lo anterior, se programarán todas las actividades docentes para que los estudiantes puedan tener semanas presenciales y semanas virtuales.

Programa de capacitación

Cada entidad o dependencia deberá establecer un programa de capacitación para toda su comunidad, haciendo énfasis en el personal directivo, acerca de las acciones y medidas para prevenir y evitar cadenas de contagio por COVID-19. Los elementos básicos para este programa serán provistos por el Comité de Seguimiento.

Medidas complementarias

Determinar el número y ubicación de los filtros de seguridad sanitaria según la naturaleza de la entidad o dependencia y las recomendaciones del Comité de Seguimiento.

Determinar el servicio médico más cercano a la entidad y dependencia, procurando que en el caso de las entidades con estudiantes exista la posibilidad de atención local.

Programar, de ser posible, la entrada y salida de trabajadores en horarios escalonados para evitar los horarios pico en el transporte público.

Organizar redes de contacto a través de redes sociales, aplicaciones similares o correo electrónicos para enviar mensajes a las comunidades de las entidades y dependencias.

Para la organización del transporte universitario, en las sedes en que lo hubiera, se deberá también determinar el aforo seguro y señalar los paraderos para indicar la distancia segura.

IV. PROTOCOLOS DE ACCIÓN

Limpieza frecuente y apropiada de los espacios

Las entidades y dependencias universitarias deberán establecer un programa de limpieza y mantenimiento, que propicie la limpieza continua y permanente en los lugares de trabajo, espacios de estudio y áreas comunes.

La limpieza se llevará a cabo de manera periódica en todas las áreas de trabajo antes de iniciar actividades, durante y al término de las mismas. Esto incluye la limpieza y desinfección de superficies y objetos de uso común en oficinas, salones, sanitarios, sitios cerrados, transportes, elevadores, escaleras, centros de reunión, etc.

Los sanitarios y lavamanos deberán estar siempre en condiciones adecuadas de limpieza y contar con los insumos necesarios para el lavado de manos: agua potable, jabón y toallas de papel desechable o, en su caso, ventiladores para el secado de manos.

Los filtros de seguridad sanitaria a las instalaciones universitarias deberán cumplir lo establecido por el Comité de Seguimiento.

Se colocarán bolsas de plástico adecuadamente identificadas exclusivas para desechos, tales como cubrebocas, guantes o el papel utilizado en estornudos.

En el caso de entidades y dependencias que cuenten con sistemas de extracción o acondicionamiento de aire, se deberá realizar la revisión periódica de su funcionamiento con énfasis en el estado de sus filtros.

Como medida adicional a la limpieza periódica de áreas de trabajo y estudio, se deberá recomendar que los usuarios limpien de manera frecuente las superficies de trabajo (escritorios, bancas, pupitres, teclados, etc.) al inicio y término de su utilización.

Control de ingreso-egreso a espacios cerrados

En las oficinas y espacios cerrados se deberá contar con puntos de entrada y salida que permitan la instalación de filtros de seguridad sanitaria (FSS) para los trabajadores y personas que las visiten.

De ser necesario: a) Se colocarán señales para indicar la distancia mínima de 1.8 metros entre las personas que ingresan; b) Se indicarán las direcciones de flujo para las personas que transitan; c) Se colocarán barreras físicas de separación entre quienes entran y salen.

Los filtros de seguridad sanitaria serán atendidos por personal capacitado que verificará que las personas que los usan lleven a cabo las acciones previstas en la Guía básica para la instalación de Filtros de Seguridad Sanitaria al Acceso de Instalaciones anexa a estos lineamientos.

En los espacios cerrados donde exista más de un punto de ingreso y no sea posible reducirlos a uno solo, se deberá tener un filtro por punto de ingreso-egreso.

Control de ingreso-egreso en Facultades y Escuelas

En el caso de las Escuelas y Facultades o lugares donde se realicen actividades docentes y se espere el arribo de cantidades significativas de estudiantes, a pesar de la reducción de los aforos, se deben evitar aglomeraciones. Por ello, en estos casos es conveniente instalar más de un filtro de seguridad sanitaria en puntos que permitan garantizar que todas las personas pasen por un filtro (por ejemplo, a pie de escaleras). Los filtros tendrán las características indicadas en el punto anterior.

V. MONITOREO, CONTROL Y RESPONSABILIDADES

Administración Central

Activar conforme al semáforo de riesgo epidemiológico y a la opinión del Comité de Expertos, las acciones específicas en las entidades y dependencias.

Mantener informada a la comunidad universitaria sobre la evolución de la pandemia, utilizando todos los medios a su disposición.

Implementar programas de atención Médica y Psicológica a la comunidad universitarias, reactivar los comités contra la violencia de género y articular la relación de estos con la UNAD.

Procurar el abasto de los insumos necesarios para que la comunidad universitaria cuente con las condiciones de trabajo adecuadas.

Garantizar el suministro de agua potable, electricidad, servicios de cómputo y telecomunicaciones.

Analizar y realizar ajustes en su caso de los calendarios de trámites académicos y administrativos.

Hacer gestiones ante organismos extrauniversitarios para que se considere los plazos en la realización de trámites.

Comité de Seguimiento

Se integra por:

1. El Secretario General
2. El Secretario Administrativo
3. El Secretario de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria
4. El Director General de Personal
5. Los integrantes de la Comisión Universitaria para la Atención de la Emergencia Coronavirus
6. El Coordinador del Colegio de Directores

Supervisar el funcionamiento de estos lineamientos y asesorar a la Administración Central.

Coordinar la comunicación con las entidades y dependencias universitarias a través de los responsables sanitarios.

Consolidar las bases de datos institucionales a partir de la información provista por las dependencias con el fin de crear un repositorio institucional de información sobre el COVID-19.

Emitir medidas complementarias a estos lineamientos que mejoren su funcionamiento y resuelvan cuestiones no previstas.

Fortalecer las medidas para el funcionamiento de los servicios médicos y la atención a casos sospechosos.

Propiciar la mejora en el seguimiento epidemiológico de los casos positivos, usando para ello instrumentos universitarios tales como el Atlas de Riesgos.

Revisar continuamente los protocolos de actuación.

Directores de entidades académicas dependencias administrativas

Mantener informada a su comunidad sobre la evolución de la pandemia a través de mensajes adecuados, utilizando todos los medios a su disposición y con mensajes específicos para sus distintas comunidades.

Nombrar un responsable sanitario de todas las actividades señaladas en los protocolos de acción y comunicarlo al Comité de Seguimiento.

Supervisar que en sus instalaciones se cumplan las condiciones y procedimientos señalados en estos lineamientos.

Supervisar la operación de los programas de atención Médica y Psicológica, y las acciones contra la violencia, en especial la de género.

Proporcionar indicaciones al personal académico y estudiantes para organizar la asistencia alternada a los espacios docentes.

Informar al Comité de Seguimiento de cualquier incidencia en sus entidades o dependencias relacionada con el funcionamiento de estos lineamientos o la emergencia sanitaria.

Promover los principios rectores de estos lineamientos, con especial énfasis en la “No Discriminación” para las personas que hayan tenido COVID-19 o hayan convivido con algún familiar que lo tenga o haya tenido.

Administradores: Secretarios Administrativos, Delegados Administrativos o cargos equivalentes

Determinar los aforos y condiciones de operación de los espacios a su cargo.

Establecer el programa de limpieza y mantenimiento de sus entidades o dependencias, que propicie la limpieza continua y permanente en los lugares de trabajo, espacios de estudio y áreas comunes.

Contar con insumos suficientes y adecuados, para garantizar la limpieza y mantenimiento permanente de las áreas de trabajo, tales como hipoclorito de sodio, jabón, toallas de papel desechable, papel higiénico, depósitos suficientes de productos desechables, solución gel a base de alcohol al 70%, etc., así como la disponibilidad permanente de agua potable.

Proveer productos sanitarios y de equipo de protección personal, conforme a lo establecido por el dictamen de la Comisiones Mixtas Permanentes de Seguridad y Salud en el Trabajo a las personas trabajadoras. En el caso de los Auxiliares de Intendencia, se les dotará además de los productos de limpieza y equipo de protección personal adecuado a sus funciones, conforme lo establecido por la Comisión Mixta Permanente de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Identificar, con la ayuda de los funcionarios de cada área, al personal a su cargo para determinar al personal en situación de vulnerabilidad o mayor riesgo de contagio.

Otorgar a las personas trabajadoras en situación de vulnerabilidad, las facilidades para acudir a consulta con su médico familiar, para evaluar su control y fortalecer las medidas higiénico dietéticas, estilos de vida y farmacológicas.

Autorizar, de ser posible, el ingreso de trabajadores en horarios escalonados para evitar los horarios pico en el transporte público.

Establecer horarios escalonados para los trabajadores en área de alimentos, comedores o vestidores para reducir el riesgo de exposición.

Delegar algunas de estas actividades en el responsable sanitario de su entidad o dependencia.

Responsables sanitarios

Constatar la correcta implementación de todas las medidas señaladas en estos lineamientos.

Verificar el correcto funcionamiento de los programas de limpieza y de los filtros de seguridad sanitaria.

Mantenerse informado de las indicaciones de las autoridades locales y federales y de las comunicaciones del comité.

Mantener actualizada una base de datos de su entidad o dependencia que incluya:

Las personas de la entidad o dependencia que pertenezcan a la población en situación de vulnerabilidad.

El seguimiento cronológico del estado de aquellas personas de su comunidad sospechosas o confirmadas por COVID-19, atendiendo la normatividad en el uso de datos personales.

Conocer la guía de actuación para los casos en que una persona de su comunidad manifieste síntomas de COVID-19.

Las demás que le asigne el Administrador de su dependencia.

Cuando así se requiera, por el tamaño de la comunidad, el responsable sanitario podrá tener uno o más asistentes.

Comisiones locales de seguridad

Participar, conjuntamente con los Secretarios Administrativos y los Responsables Sanitarios, en la aplicación de estos lineamientos a las particularidades de su entidad y dependencia, procurando para ello la participación de personal con conocimientos de salud y sanidad.

Trabajadores universitarios (académicos y administrativos)

Mantenerse informado del sistema de semáforo de riesgo epidemiológico semanal de acuerdo con la ubicación de la entidad o dependencia para la que presta sus servicios.

No acudir al trabajo o reuniones sociales con síntomas compatibles con COVID-19, para no ser un riesgo de potencial contagio para otras personas.

Reportar a su entidad o dependencia:

Si forma parte de un grupo de población en situación de vulnerabilidad.

Si sospecha o tiene confirmación de COVID 19, el trabajador no deberá acudir a la entidad o dependencia, solo será necesario que su familiar o el propio trabajador, realice el reporte al área de personal de la entidad a través de medios electrónicos.

Atender las indicaciones específicas para su área de trabajo, en especial las relativas al espaciamiento seguro.

Ingresar y salir de forma ordenada por los filtros de seguridad sanitaria.

Utilizar la ropa de trabajo de acuerdo a la categoría y funciones y de conformidad a lo previamente aprobado por la Comisión Mixta Permanente de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Portar la credencial de la UNAM que lo identifica como trabajador.

Usar adecuadamente el Equipo de Protección Personal, atendiendo su categoría y a lo establecido en por la Comisión Mixta Permanente de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Evitar compartir con otras personas dispositivos y utensilios de uso personal: teléfono celular, utensilios de cocina, equipo de protección personal, papelería.

Estudiantes

Mantenerse informado del sistema de semáforo de riesgo epidemiológico semanal y de las comunicaciones de la UNAM y su entidad académica de acuerdo a la ubicación de la entidad o dependencia para la que realiza sus estudios o actividades relacionadas con los mismos.

Asistir a las instalaciones de su entidad de acuerdo a las indicaciones de las autoridades de la misma respecto a la forma y dinámicas que permitan respetar el aforo seguro.

No acudir a actividades académicas o reuniones sociales con síntomas compatibles con COVID-19, para no ser un riesgo de potencial contagio para otras personas.

Reportar a escuela, facultad o entidad de adscripción:

Si forma parte de un grupo de población en situación de vulnerabilidad.

Si sospecha o tiene confirmación de COVID 19. En estos casos, el estudiante no deberá acudir a la entidad, solo será necesario que en persona o por medio de un allegado realice el reporte al jefe de carrera a través de medios electrónicos.

Ingresar y salir de forma ordenada por los filtros de seguridad sanitaria.

Atender las indicaciones específicas, en especial las relativas al espaciamiento seguro.

Portar la credencial de la UNAM que lo identifica como estudiante.

Evitar compartir con otras personas dispositivos y utensilios de uso personal: teléfono celular, utensilios de cocina, equipo de protección personal, papelería.

Visitantes

Ingresar y salir de forma ordenada por los filtros de seguridad sanitaria.

Atender las indicaciones específicas, en especial las relativas al espaciamiento seguro.

Todas las personas en las instalaciones universitarias

Usar cubrebocas de forma adecuada.

Atender las indicaciones del personal a cargo de la ejecución de estos lineamientos.

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

Sopa de Letras sobre Manejo de la enfermedad COVID-19

T	O	C	I	L	I	Z	U	M	A	B	F	O	Y
K	K	N	C	R	E	M	D	E	S	I	V	I	R
F	F	X	R	S	E	X	R	S	N	M	L	H	W
E	U	A	X	M	A	D	L	A	V	P	O	L	Y
C	S	I	V	W	D	P	X	R	Q	G	P	U	I
L	D	T	D	I	H	E	Y	I	Q	G	I	I	K
O	U	C	E	I	P	G	Z	L	B	T	N	F	X
R	D	I	F	R	F	I	Y	U	R	W	A	J	Z
O	W	U	H	G	O	S	R	M	A	P	V	P	N
Q	S	J	M	V	H	I	C	A	R	Q	I	D	O
U	X	W	F	H	L	A	D	B	V	K	R	G	W
I	V	W	L	M	A	F	K	E	O	I	O	G	G
N	V	R	Y	L	Y	L	Q	B	S	L	R	S	J
A	I	N	T	E	R	L	E	U	C	I	N	A	6

1. Tienen actividad in vitro contra el SARS-CoV-2, tal vez bloqueando el transporte endosomal (**Cloroquina**).
2. Un inhibidor de la proteasa de VIH-1 (**Lopinavir**).
3. Es un inhibidor de la RNA polimerasa (**Remdesivir**).
4. E una pro-droga de un nucleótido de purina (**Favipir**).
5. Un antagonista del receptor IL-6 de anticuerpos monoclonales (**Sarilumab**).
6. Antagonista del receptor IL-6 aprobado para la Artritis Reumatoide (**Tocilizumab**).
7. Su efecto es disminuir la respuesta inflamatoria exagerada del huésped en los pulmones (**Esteroides**).
8. Parece ser marcador o consecuencia de la desregulación inflamatoria (**Interleucina6**).

Directorio

Facultad de Medicina

Dirección

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Secretaría General

Dra. Irene Durante Montiel

Secretaría del Consejo Técnico

Dr. Arturo Espinoza Velasco

Secretaría de Educación Médica

Dr. Armando Ortiz Montalvo

Secretaría de Enseñanza Clínica e Internado Médico

Dra. Ana Elena Limón Rojas

Secretaría de Servicios Escolares

Dra. María de los Ángeles Fernández Altuna

Secretaría del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia

Dra. Lilia E. Macedo de la Concha

Secretaría Administrativa

Mtro. Luis Arturo González Nava

Secretaría Jurídica y de Control Administrativo

Lic. Yasmín Aguilar Martínez

División de Estudios de Posgrado

Dra. Rosa María Wong Chew

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud

Dr. Gustavo A. Olaiz Fernández

Coordinación de Ciencias Básicas

Dra. Guadalupe Sánchez Bringas

Departamento de Salud Pública

Jefatura del Departamento

Dra. Guadalupe S. García de la Torre

Sección Académica de Enseñanza

Dra. Guadalupe Ponciano Rodríguez

Sección Académica de Vinculación y Trabajo en Comunidad

Dr. Jesús S. Reza Casahonda

Sección Académica de Investigación

Dra. Laura Leticia Tirado Gómez

Área de Evaluación

Dr. Daniel Pahua Díaz

Unidad Administrativa

Lic. Ma. Elena Alfaro Camacho