

CARTAS AL EDITOR

Inmunización contra el virus de papiloma humano en Perú. Más allá del cáncer de cérvix

Señor editor: La introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en el Esquema Nacional de Vacunación en la población de niñas entre 9 y 13 años ocurre ante la necesidad de reducir el riesgo de cáncer de cérvix en población femenina (RM N° 255-2015/MINSA). No obstante, no es la única población en la que la vacuna puede reducir el riesgo de cáncer asociado con este virus.

Se menciona que ciertos grupos, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), tienen una mayor preponderancia de infección por VPH que la población heterosexual,¹ por ser este virus un factor de riesgo independiente para el desarrollo posterior de VIH a partir de prácticas de riesgo como sexo anal y oral sin protección, con lo que se demuestra en diversos estudios que las tasas de infección de VIH más altas se observan en pacientes que ya están infectados con el VPH.^{2,3}

La infección por VPH en HSH se asocia con una incidencia en cáncer anal de 17 veces más que en los heterosexuales;⁴ además de que su incidencia es más alta que las tasas de cáncer de cérvix en las mujeres,^{5,6} pues estos últimos tienden a regresar a la normalidad después de los 30

años de edad. Ocurre lo contrario con los HSH, pues están en riesgo de lesiones anales y orofaríngeas asociadas con VPH de células escamosas intraepiteliales a lo largo de su vida.⁵

Perú no incluye en su estrategia de vacunación gratuita contra el VPH a niños y hombres, a diferencia de otros países como Estados Unidos, donde el uso de esta vacuna ha sido aprobado en sus esquemas de vacunación y se han obtenido grandes resultados al reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad, además de costos relacionados con salud pública en la prevención de complicaciones por el VPH.⁷

Con el implemento de la vacuna contra el VPH en Estados Unidos, los HSH tienen cada vez mayor interés en ser vacunados, así implique revelar su preferencia sexual. Un estudio arrojó que más de 93% de los integrantes de un grupo encuestado dijo estar dispuesto a revelar su historial sexual para recibir la vacunación gratuita,⁸ ya que los costos particulares de la vacuna dificultan la accesibilidad a la población de los grupos no incluidos, de los cuales cerca de 80% de sus integrantes no podría acceder a su compra, situación que se revierte en caso de accesibilidad gratuita.^{9,10}

Por lo tanto, la inclusión de la población masculina, principalmente de los HSH, en el programa de vacunación contra el VPH a nivel nacional

agregaría una tasa de protección en una población potencial actualmente olvidada y desprotegida del riesgo de infección y cáncer no cervical asociado con VPH en nuestro país.

Junior Smith Torres-Román, Est Med,^(1,2)
jstorresroman@gmail.com
Juan J. Montenegro-Idrogo, M Infect.⁽³⁾

⁽¹⁾ Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.

⁽²⁾ Conevid, Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

⁽³⁾ Servicio de Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/7863>

Referencias

1. Dietz CA, Nyberg CR. Genital, oral, and anal human papillomavirus infection in men who have sex with men. *J Am Osteopath Assoc* 2011;111(1):S19-S25.
2. Chin-Hong PV, Husnik M, Cranston RD, Colfax G, Buchbinder S, Da Costa M, et al. Anal human papillomavirus infection is associated with HIV acquisition in men who have sex with men. *AIDS* 2009;23(9):1135-1142. <http://doi.org/c8dpgc>
3. Giuliano AR, Tortolero-Luna G, Ferrer E, Burchell AN, de San José S, Kjaer SK, et al. Epidemiology of human papillomavirus infection in men, cancers other than cervical and benign conditions. *Vaccine* 2008;26(Suppl 10):K17-K28. <http://doi.org/bwxn38>
4. Machalek DA, Poynter M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2012;13(5):487-500. <http://doi.org/f2fsxp>

5. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, Browne L, Buchbinder S, Colfax G, et al. Age-related prevalence of anal cancer precursors in homosexual men: the EXPLORE study. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(12):896-905. <http://doi.org/cjdx86>
6. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, Buchbinder S, Cohen D, Colfax G, et al. Age-specific prevalence of anal human papillomavirus infection in HIV-negative sexually active men who have sex with men: the EXPLORE study. *J Infect Dis* 2004;190(12):2070-2076. <http://doi.org/fnn62m>
7. Elbasha EH, Dasbach EJ. Impact of vaccinating boys and men against HPV in the United States. *Vaccine* 2010;28(42):6858-6867. <http://doi.org/cxk397>
8. Simatherai D, Bradshaw CS, Fairley CK, Bush M, Heley S, Chen MY. What men who have sex with men think about the human papillomavirus vaccine. *Sex Transm Infect* 2009;85(2):148. <http://doi.org/fqvk6>
9. Zou H, Grulich AE, Cornall AM, Tabrizi SN, Garland SM, Prestage G, et al. How very young men who have sex with men view vaccination against human papillomavirus. *Vaccine* 2014;32(31):3936-3941. <http://doi.org/f2r4xf>
10. Brown B, Monsour E, Klausner JD, Galea JT. Sociodemographic and behavioral correlates of anogenital warts and human papillomavirus-related knowledge among men who have sex with men and transwomen in Lima, Peru. *Sex Transm Dis* 2015;42(4):198-201. <http://doi.org/bn87>

Políticas públicas en salud basadas en la evidencia. Discusión en el contexto peruano

Señor editor: Los países latinoamericanos enfrentan una serie de problemáticas que frenan su desarrollo. Una de las más comunes se relaciona con el aspecto de la salud pública, que afecta a un número grande de personas en contextos donde aún se vivencian y observan muchas brechas e inequidades.

La atención a los problemas de salud pública ha sido catalogada por instituciones internacionales y entidades gubernamentales como prioritaria, por lo que se ha recomendado un abordaje estructural.¹ Éste ha de considerarla como una temática que va más allá del cuidado y promoción de la salud, y que se relaciona también con el desarrollo

económico y social de cada país.² Así, la salud pública se convierte en una dimensión que tiene que ser garantizada por los gobiernos latinoamericanos, quienes asumen la responsabilidad de gestionarla a través de instituciones encargadas de tomar decisiones políticas.

Si bien durante los últimos años los países latinoamericanos han experimentado cierto crecimiento macroeconómico—lo cual repercute en la mejora de indicadores en materia de salud pública—, es posible preguntar: ¿de qué manera se están tomando las decisiones políticas públicas en salud en los países latinoamericanos?

Para tratar de dar respuesta a la interrogante anterior, se ejemplifica el estado de la salud pública y su relación con los resultados derivados de la investigación científica en el Perú. En el caso señalado, en 1980 inició la planeación estratégica en materia de salud pública. A pesar de ello, no se evidencian resultados positivos en la práctica, por lo cual, en 2012, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social³ impulsó la creación de una comisión especializada para identificar y trazar líneas de investigación y acción en salud pública. Esta iniciativa, al igual que propuestas previas, no está generando cambios en la forma en la que el Estado emplea los resultados de investigaciones científicas en salud pública para la elaboración de políticas públicas. Por consiguiente, el gobierno peruano no ha instituido canales de participación, directa o indirecta, de investigadores en la definición de problemas sociales ni en la implementación de políticas públicas en salud.

¿Por qué es importante poner atención a la relación entre los resultados de investigaciones científicas y la utilización de los mismos en pro de la toma de decisiones políticas públicas en salud? Según Pollitt,⁴ las investigaciones científicas pueden contribuir con la implementación de una agenda destinada a definir e

identificar los problemas de salud, sus determinantes y sus efectos a corto y largo plazo; seleccionar y analizar las intervenciones sociales que pueden solucionarlos, y evaluar los diversos resultados de las intervenciones, así como las recomendaciones de cambio.

Concretar lo mencionado en relación con la pregunta anterior resulta hoy en día complicado, pues existen diferencias entre la forma de pensar y proceder de investigadores y políticos. Mientras que los primeros se encuentran motivados por estudios académicos sustentados en una seria formación teórica, metodológica y estadística, los segundos, que participan directamente en la toma de decisiones públicas, sustentan su accionar en cuestiones ideológicas, políticas y económicas, así como en presiones sociales que emergen de la población a la cual representan.

Las diferencias en las motivaciones e intereses de investigadores y políticos dificultan su comunicación. A esto se agrega la escasez de medios a través de los cuales los científicos puedan informar los resultados de sus investigaciones. Por ejemplo, en el contexto peruano, las revistas de investigación tienen poca circulación al público en general y no existen foros formales e informales de diálogo. Por otro lado, existe poca participación de las universidades en la formación de investigadores o en la delimitación de agendas de investigación sobre los diversos problemas sociales.

Por lo expuesto, se visualiza la necesidad de discutir la implementación de políticas públicas en salud con base en la evidencia, en especial en países de América Latina, donde serios problemas afectan al colectivo. Es necesario que los actores inmersos en el campo de la salud pública asuman una responsabilidad impostergable. Éstos han de caracterizarse por adoptar un rol crítico y constructivo, en especial en

contextos en los cuales se elige a las personas que toman decisiones políticas que marcan el estancamiento o desarrollo de los países.

Miguel Barboza-Palomino, Psic.⁽¹⁾
 mbarbozapalomino@outlook.com.pe
 Tomás Caycho, M en Psic Educ.⁽¹⁾
 Humberto Castilla-Cabello, Psic.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/7881>

Referencias

- Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit* 2013;27(4):292-297. doi:10.1016/j.gaceta.2012.12.007. <http://doi.org/f2f6t3>
- Castello J. Perspectiva de la Salud Pública en el Perú. Alcances doctrinarios de la salud pública [documento en internet]. Perú: Academia Nacional de Medicina – Anales, 2005 [consultado el 19 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales_2005/7Perspectiva_Salud_Publica_Castello.pdf
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Comisión Quipu: políticas públicas basadas en evidencia 2012 [documento en internet]. Ministerio de Desarrollo Social, 2012 [consultado el 2 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/comision_quipu.html
- Pollitt E. Acerca de las agendas de investigación en la política social. *Socialismo y participación* 2015;99:43-50.

Respondiendo a una pandemia emergente: Zika y los métodos anticonceptivos como medida preventiva

Señor editor: El virus del Zika ha ido expandiéndose rápidamente en América Latina y el Caribe. El Perú aún no reporta casos autóctonos, pero sus similitudes geográficas y ambientales con los países afectados pueden establecer las condiciones adecuadas para la infección del *Aedes aegypti*, vector del virus del Zika y su posterior transmisión a los humanos, desencadenando una epidemia como la que sucedió con el virus del dengue

en años anteriores.¹ Además de la enfermedad febril aguda que el virus produce, la posible asociación con el incremento de casos de síndrome de Guillain-Barré en adultos, el aumento en la incidencia de microcefalia en recién nacidos, así como el reporte de la transmisión por vía sexual, han generado gran preocupación tanto en la población como en los decisores de la salud pública, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decretado alerta mundial.^{2,3}

En Perú, desde la epidemia del dengue se han realizado numerosos esfuerzos para lograr el control durante los brotes, no obstante, el trabajo educativo hacia la población para la prevención y empoderamiento en el control de las enfermedades es aún insuficiente.⁴ En ese sentido, la posibilidad de la expansión del Zika al Perú, con sus posibles consecuencias, requiere de un análisis profundo de las estrategias de control y de prevención, especialmente en este último aspecto. Cabe precisar que una de las preocupaciones principales acerca de la enfermedad está centrada en la incidencia de microcefalia en los recién nacidos; es por ello que una de las estrategias de prevención recomendadas por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)⁵ fue la entrega de métodos anticonceptivos (MAC) para reducir los embarazos en un posible escenario de transmisión, así como evitar la posible infección a través del semen.⁶

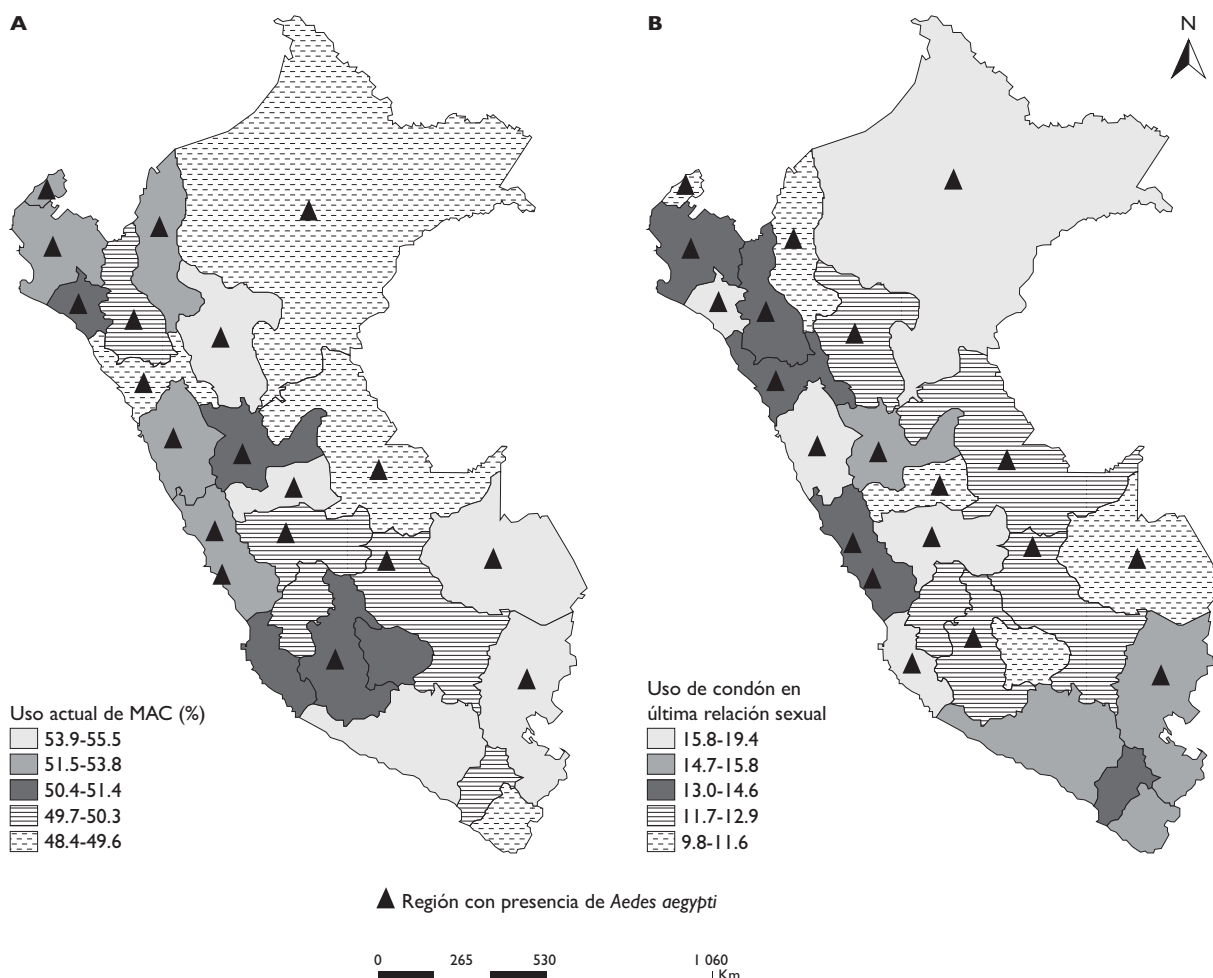
Es por ello que, en el contexto de la emergencia sanitaria por el virus del Zika, buscamos observar la situación actual del uso de MAC en el Perú como método de prevención ante la posible transmisión sexual y efecto teratogénico del Zika, para lo cual usamos el análisis geoespacial, herramienta que ya ha demostrado ser de utilidad en la toma de decisiones en salud pública porque ha permitido priorizar y reforzar medidas de prevención en las áreas principalmente

afectadas. Es así que realizamos un análisis exploratorio de distribución espacial regional de los porcentajes de uso actual de métodos anticonceptivos y de condón en la última relación sexual en mujeres en edad fértil obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014.⁷ Se usó el programa ArcGIS Desktop versión 10.4* para elaborar los mapas temáticos finales agrupando los porcentajes regiones de uso en cinco cuantiles.

Los resultados indicaron que de las 24 872 mujeres encuestadas, la media global de uso de MAC por regiones en el nivel nacional fue de 51.4%, siendo el menor porcentaje perteneciente a la región Ucayali con 48.4%, mientras el mayor uso de MAC se reportó en Madre de Dios con 55.5%. En cuanto al uso de condón en la última relación sexual se obtuvo una media global de 14.1% de las 18 073 mujeres encuestadas en el nivel nacional, donde la región con menor porcentaje fue Madre de Dios, con 9.6%, mientras la de mayor porcentaje fue Lambayeque con 19.4%.

En la visualización espacial de la figura 1, llama la atención que en aquellas regiones en las que existe la presencia *Aedes aegypti* como Tumbes, Piura, San Martín y Madre de Dios¹ se reportó un escaso uso de condón en la última relación sexual, de igual manera los porcentajes regionales de uso de MAC en las mujeres, aunque no distan muy significativamente entre el mayor y menor valor, son de manera general muy bajos. En ese sentido, ante las crecientes recomendaciones que se han dado con respecto al Zika y debido a una falta de evidencia concluyente sobre el posible efecto teratogénico y la transmisión sexual de este virus, es importante fortalecer los programas y estrategias encargados de promover el uso de métodos anticonceptivos con mayor énfasis en las áreas de riesgo como medida

* ESRI Inc., Redlands, CA, USA.



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014.

FIGURA 1. A) PORCENTAJE DE USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC) EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN EL PERÚ, 2014. B) PORCENTAJE DE USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN EL PERÚ, 2014.

de prevención ante la posible llegada del Zika al Perú. Esta medida no sólo tendrá implicaciones ante el escenario actual sino que además fortalecerá el cumplimiento de los objetivos establecidos en materia de salud sexual y reproductiva en el país.

Akram Hernández-Vásquez, MGPP,⁽¹⁾
akram.hernandez.v@upch.pe
Diego Azañedo, CD,⁽²⁾
Stalin Vilcarromero, MSP.⁽³⁾

⁽¹⁾ Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

⁽²⁾ Instituto de Investigación. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote, Perú.

⁽³⁾ Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Amazonía Peruana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/7885>

Referencias

1. Cabezas C, Fiestas V, García-Mendoza M, Palomino M, Mamani E, Donaires F. Dengue in Peru: a quarter century after its reemergence. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015;32(1):146-156. <http://doi.org/bs2m>

2. Fauci AS, Morens DM. Zika Virus in the Americas — Yet Another Arbovirus Threat. *N Engl J Med* 2016;374:601-604. <http://doi.org/bs2q>

3. Heymann DL, Hodgson A, Sall AA, Freedman DO, Staples JE, Althabe F, et al. Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC? *Lancet* 2016;387(10020):719-721. <http://doi.org/bs2r>

4. Vilcarromero S, Casanova W, Ampuero JS, Ramal-Asayag C, Siles C, Diaz G, et al. Lessons learned in the control of *Aedes aegypti* to address dengue and the emergency of chikungunya in Iquitos, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015;32(1):172-178. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2015.321.1590>

5. Center for Disease and Control and Prevention [Internet]. Atlanta, USA: Morbidity

and Mortality Weekly Report (MMWR). Interim Guidelines for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus — United States, 2016. [consultado el 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6505e1.htm>

6. Musso D, Roche C, Robin E, Nhan T, Teissier A, Cao-Lormeau VM. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis* 2015;21(2):359-361. <http://doi.org/bs2p>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014: base de datos. Lima: INEI [consultado el 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://ineiinei.gob.pe/microdatos>

Publicidad dirigida al consumidor en páginas web de farmacias homeopáticas en Perú

Señor editor: La homeopatía es una terapia alternativa que emplea medicamentos elaborados con base en las leyes de los similares y los infinitesimales. La ley de los similares postula que la sustancia que causa ciertos síntomas en un individuo sano curará al paciente enfermo con los mismos síntomas. Por su parte, la ley de los infinitesimales postula que la dosis del medicamento será más potente cuanto más diluido se encuentre.¹

La Publicidad Directa al Consumidor (PDAC) de medicamentos es la actividad que realiza la industria

farmacéutica con el fin de promover la venta y el consumo de sus productos a través de diversos medios de comunicación como televisión, radio, internet, periódicos, revistas, entre otros.² Si la PDAC no es adecuadamente regulada, puede brindar información errónea o incompleta.³

Muchos de los medicamentos homeopáticos actualmente no cuentan con evidencia sólida que concluya que son más eficaces que el placebo.⁴ Por ello, es importante que la PDAC de medicamentos homeopáticos brinde información crítica y honesta sobre la eficacia de estos productos.

Con el objetivo de describir la PDAC de farmacias homeopáticas peruanas en internet, se realizó un rastreo en el buscador de Google utilizando los términos *farmacias homeopáticas*, *homeopatía*, *productos homeopáticos*, *fármacos homeopáticos*, y *mercado homeopático*, combinados con el término *Perú*. Se revisaron los 100 primeros resultados de cada búsqueda y se registraron todas las páginas web de farmacias homeopáticas peruanas. Las características de estas páginas son presentadas en el cuadro I.

Se encontraron 47 páginas web de farmacias homeopáticas peruanas, de las cuales 76.6% se encuentra en la ciudad de Lima, 80.9% ofrece servi-

cios de consulta con un profesional homeópata y 10.6% entrega medicamentos homeopáticos a domicilio.

Quince páginas web (31.9%) colocan el nombre de algún producto homeopático. Es decir, realizan algún tipo de PDAC. De éstas, sólo dos mencionan los efectos secundarios de alguno de sus medicamentos homeopáticos y ninguna cita referencias que certifiquen la eficacia de alguno de estos productos. Es decir, la PDAC que utilizan estas páginas web es inadecuada, lo cual pone en riesgo al consumidor que adquiere estos productos sin saber su verdadera eficacia ni sus efectos secundarios. Esta falta de información puede llevarlo a abandonar un tratamiento más eficaz, lo cual cobra especial importancia en el caso de enfermedades crónicas en las que la adherencia terapéutica es vital, como en el caso la diabetes o la hipertensión.

En Perú, el "Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios"⁵ establece que la promoción de todo tipo de medicamentos debe contener información que avale su eficacia y seguridad. Esta es una normativa importante para asegurar que se brinde una información transparente a los consumidores, la cual, como hemos observado, no se está cumpliendo en las farmacias homeopáticas. Ante estos hechos, resulta necesario que las autoridades correspondientes supervisen la PDAC no sólo de las farmacias "convencionales" sino también de las alternativas.

Jackeline Villa, Est Med Hum,⁽¹⁾

Ninoska Santa-Cruz, Est Med Hum,⁽²⁾

Alvaro Taype-Rondan, MC,⁽³⁾

alvaro.taype.r@upch.pe

⁽¹⁾ Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.

⁽²⁾ Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁽³⁾ CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/7929>

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS DE LAS PÁGINAS WEB
DE FARMACIAS HOMEOPÁTICAS PERUANAS (N=47)

Característica	N	%
Ciudad		
Lima	36	76.6
Arequipa	6	12.8
Otras	5	10.6
Ofrece servicio de consulta con un profesional homeópata	38	80.9
Hace entrega a domicilio de fármacos homeopáticos	5	10.6
Promociona algún fármaco homeopático	15	31.9
Sólo menciona el nombre de los fármacos	3	6.4
Menciona para qué enfermedades se utilizan estos fármacos	10	21.3
Menciona para qué enfermedades se utilizan y sus posibles efectos secundarios	2	4.3
Cita referencias que certifiquen la eficacia del producto	0	0.0

Referencias

1. Viganò G, Nannei P, Bellavite P. Homeopathy: from tradition to science? *Journal of Medicine and the Person* 2015;13(1):7-17. <http://doi.org/bs2s>
2. Liang BA, Mackey T. Direct-to-consumer advertising with interactive internet media: global regulation and public health issues. *JAMA* 2011;305(8):824-825. <http://doi.org/b7rs8d>
3. Lopez CE, Mosquera S, Taype-Rondán Á. Direct to consumer advertising on websites of Peruvian naturopathic pharmacies. *Eur J Hosp Pharm* 2016. <http://doi.org/bs2v>
4. Smith K. Homeopathy is unscientific and unethical. *Bioethics* 2012;26(9):508-12. <http://doi.org/bs2t>
5. Ministerio de Salud (MINSA). Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios: Decreto Supremo N° 16-2011-SA. Perú: MINSA, 2011.

Costos económicos en el tratamiento farmacológico del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Estudio de pacientes en consulta externa de medicina interna de un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México

Señor editor: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es considerada un problema de salud pública global. Es la primera causa de morbilidad-mortalidad en el país. Representa una enfermedad de alto costo para los sistemas de salud, con un gasto de 370 billones de dólares al año, que se estima alcanzará los 490 billones de dólares para 2030.¹⁻² En la clínica de diabetes del Hospital General Dr. Manuel Gea González se atienden alrededor de 600 pacientes con DM2, por lo cual se decidió investigar el costo de su tratamiento farmacológico en un grupo representativo, en el año 2013. La información se obtuvo de los expedientes de los pacientes atendidos en la clínica de diabetes. Se utilizaron datos clínicos, bioquímicos y medicamentos prescritos. Se determinó el costo por miligramo de fármaco utilizado por día y se obtuvo el costo

diario total, de acuerdo con el precio promedio obtenido de una encuesta en siete farmacias de la zona, donde regularmente acuden los pacientes a comprar sus medicamentos. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Hospital. Los pacientes fueron divididos en dos grupos (controlados y no controlados, de acuerdo con cifras de HbA1C). Controlados, cuando la HbA1C fue <7% en los sujetos menores de 65 años y <7.5% en pacientes mayores de 65 años.³ Se compararon los costos del tratamiento respecto de metas de control. Se estableció diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico para PC SPSS V18 y se analizaron 250 expedientes de forma aleatoria. Las comorbilidades asociadas fueron hipertensión arterial sistémica (60%),

obesidad (45.6%) y dislipidemia, con predominio de la hipertrigliceridemia en 65.6% de los casos. El 46% de los pacientes tuvieron control de acuerdo con cifras de HbA1C. En pacientes controlados el gasto promedio diario fue de 47.05 pesos y en aquéllos sin control fue de 57.8 pesos ($p=0.002$). En pacientes con colesterol >200 fue de 58.13, contra 48.70 pesos en quienes presentaron colesterol <200 ($p=0.02$). También se encontraron diferencias significativas en metas de triglicéridos y presión arterial. El costo promedio total por día para el manejo integral del paciente fue de 52.87 pesos, lo que representa un gasto mensual total de 1 586 pesos (cuadro I).

El salario mínimo en la ciudad de México en el momento del estudio era de 62.33 pesos al día, por lo tanto, el costo farmacológico representa

Cuadro I
TIPO DE FÁRMACOS Y COSTO EN PESOS DEL TRATAMIENTO QUE RECIBEN LOS PACIENTES CON DM2 DEL HOSPITAL GENERAL MANUEL GEA GONZÁLEZ. CIUDAD DE MÉXICO, 2013

Tipo de fármaco	n	Costodiario* (promedio)	Costo mínimo y máximo*
Biguanidas	200	6.96	1-11
Sulfonilureas	37	6.7	0.8-19.48
Insulina	144	14.31	2.16-75.24
Pioglitazona	1	25.8	25.8
DPPIV	8	24.37	13-52
IECA	150	15.4	1.56-37.5
ARA II	38	24.12	7.50-52.16
Betabloqueadores	29	10.73	0.65-26
Calcio antagonistas	50	12.9	3.9-28.5
Diurético de asa	33	3.9	1-10.5
Diurético ahorrador de K	5	16.8	7-28
Estatinas	173	18.89	5.4-97.6
Fibratos	59	14.65	9.8-58.8
ASA	184	1.7	1.7-1.7
Costo total*	250	52.87	6.80-156.6

*Los datos se expresan en pesos mexicanos

n= número de pacientes

DPPIV= dipeptidilpeptidasa tipo 4

IECA= inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

ARA II= antagonistas de receptor de angiotensina II

ASA= ácido acetilsalicílico

84% del salario mínimo, sin contemplar los costos derivados de la atención médica, del tratamiento no farmacológico (agujas, jeringas, tiras reactivas) y de estudios de laboratorio necesarios en el seguimiento. El porcentaje tan alto de recursos que se destina a la atención del padecimiento es una de las principales causas de la falta de apego al tratamiento. Entre los pacientes analizados, 39% correspondieron a personas mayores de 65 años, lo que en nuestro país corresponde a la edad de jubilación, con ingresos económicos limitados. Cabe señalar que sólo tomamos en cuenta el precio de medicamentos disponibles en los alrededores de nuestra institución, por lo que los costos promedio que se exponen en este trabajo son sólo una aproximación a lo que se puede encontrar en otras zonas y en el resto del país.

La relevancia de nuestro estudio radica en el análisis de los costos que impactan de manera directa en la economía del paciente; asimismo, brinda un panorama en cuanto al costo aproximado del tratamiento de la diabetes.

Juan Pablo Ramírez-Hinojosa, MC Int e Infec,⁽¹⁾

Rogelio Zacarías-Castillo, MC Int y Endoc,⁽¹⁾

Margarita Torres-Tamayo, M en C Med,⁽²⁾

Erika Karina Tenorio-Aguirre, MC Int y Endoc,⁽¹⁾

Alfredo Torres-Viloria, MC Int,⁽¹⁾

⁽¹⁾ División de Medicina Interna, Hospital General
Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud.
Ciudad de México.

⁽²⁾ Departamento de Endocrinología,
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
Ciudad de México.

<http://dx.doi.org/10.21149/7944>

Referencias

1. Olaiz-Fernandez G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villapando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006.
2. Rodríguez-Bolaños RA, Reynales-Shigematsu LM, Jiménez-Ruiz JA, Juárez-Márquez SA, Hernández-Avila M. Costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México:

análisis de microcosteo. Rev Panam Salud Publica 2010;28:412-420. <http://doi.org/fmbhh3>
3. Standards of Medical Care in Diabetes-2011, Diabetes Care 2011;34:S11-S61. <http://doi.org/cwx5bd>

Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas

Señor editor: La creciente prevalencia de conductas suicidas en México es un tema que recientemente se ha expuesto en *Salud Pública de México* como un problema de salud pública.¹ En Chile, las conductas suicidas y el suicidio son también de los principales problemas de salud; y si bien la tendencia mundial está marcada por la baja en las tasas de muerte por suicidio, nuestro país, por el contrario, presenta un aumento de 90% entre los años 1990 y 2011; con base en estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Corea, Chile y México son los países miembros que más han crecido en cuanto a tasas de suicidio.² Las cifras resultan aún más relevantes en adolescentes chilenos, donde se incrementó la tasa de mortalidad por suicidio en el decenio 1999-2008 en 215.6%, mientras que en la población general el incremento fue de 86.4%.³ En el ámbito de la ideación suicida, los estudios en población adolescente escolarizada en Chile indican que ésta oscila entre 45 y 57.2%, lo cual es altamente significativo si consideramos que la conducta suicida comprende un continuo que abarca desde la ideación hasta el suicidio consumado, pasando por el intento de suicidio.⁴

Los estudios de ideación suicida y suicidio en adolescentes se han focalizado regularmente en dos ámbitos: análisis y tendencia estadística de la problemática, e identificación de factores asociados con la prevalencia o protección como depresión, autoes-

tima, factores sociales, familiares, socioeconómicos, geográficos o clínicos. Sin embargo, existe una ausencia importante de datos desagregados por condición específica de los sujetos -más allá del sexo y la edad-, como son los factores culturales vinculados a la ideación suicida y al suicidio, y éstos especialmente referidos a los procesos de identidad étnica entre los adolescentes de regiones con alta proporción de población indígena o con conflictos interétnicos importantes, realidad común en gran parte de los países latinoamericanos. Una revisión sistemática sobre jóvenes indígenas y suicidio de la *University of Northern British Columbia*, analizó las publicaciones científicas de 1996 a 2009. De un total de 771 artículos iniciales, los autores concluyeron que sólo 23 presentaban un nivel de calidad suficiente para analizar la asociación entre identidad étnica y cultural como ámbitos relacionados al suicidio, pero señalaron también que debido a la falta de investigación, esta asociación solamente puede presentarse en la actualidad como una especulación teórica, y se requiere avanzar en la construcción de conocimiento y su vinculación a programas de salud.⁵

Estudios en contextos distintos al latinoamericano señalan que existe una relación entre altos grados de identidad étnica y bajos síntomas de depresión, pensamientos de suicidio e historial de intentos de suicidio. Esto hace pensar que la identidad étnica positiva podría actuar como un regulador importante en la no aparición de depresión e ideación suicida, especialmente en adolescentes, al encontrarse éstos mejor equipados para contrastar los efectos negativos del estrés aculturativo y la discriminación.⁶ En el mismo sentido, los jóvenes de minorías con fuertes identidades étnicas relacionadas con su cultura de origen muestran

una disminución en los casos de suicidio e ideación suicida;⁷ por el contrario, hay evidencia de que el estrés provocado por el proceso de aculturación puede ser un factor de riesgo para la ideación suicida.⁸ El estrés aculturativo puede incluir variables como la discriminación, la falta de comprensión del lenguaje, nivel socioeconómico bajo, conflictos familiares y bajos niveles de apoyo. Todos estos factores han sido identificados como contributivos al comportamiento suicida, pero existen pocas investigaciones que relacionen directa o indirectamente los componentes de identidad étnica con la ideación suicida, y prácticamente ninguna en el contexto adolescente latinoamericano con población indígena o de migrantes.

El estrés aculturativo puede surgir en una variedad de circunstancias, ejemplo de ello es cuando las personas están socialmente marginadas, son víctimas de actitudes negativas hacia su cultura de origen, se sienten presionadas para asimilarse, o cuando surgen conflictos entre las expectativas de los individuos y las de sus familias. Por otra parte, las personas que están mal equipadas para hacer frente a los nuevos desafíos pueden desarrollar respuestas desadaptativas, que a su vez pueden aumentar la vulnerabilidad a riesgos de salud mental negativos, tales como la depresión y la ideación suicida.⁹

Al tener Chile una población indígena que sobrepasa 10% del total y ante la necesidad de estudiar más directamente la asociación entre identidad étnica e ideación suicida, estamos desarrollando una investigación orientada, por un lado, a analizar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de dos escalas de identidad étnica en población adolescente indígena mapuche (escala de identidad étnica multigrupo y escala de identidad étnica) y, por otro, a la asociación con ideación suicida en adolescentes indígenas. A este

respecto, la hipótesis estructural es que la identidad étnica se relacionará indirectamente con la ideación suicida a través de las siguientes variables mediadoras: estrés aculturativo, autoestima y discriminación percibida. A su vez, dichas variables explican directamente la sintomatología depresiva, que será el factor que se relacionará directamente con la ideación suicida de los estudiantes mapuche.

Comprender cómo la cultura y la identidad étnica influyen en la ideación y el comportamiento suicida puede llevar a desarrollar programas más eficaces de prevención, considerando que los procesos de identidad étnica tienen un importante desarrollo en la adolescencia, y que incluyen una combinación de experiencias y acciones de los individuos, el conocimiento obtenido y su comprensión dentro del grupo, así como la pertenencia a un determinado grupo étnico. Dadas las altas tasas de suicidio existentes, se hace necesario avanzar en la investigación científica sobre factores que permitan explicar las diversas variables asociadas, donde claramente los componentes de identidad étnica son relevantes, pero hay poco desarrollo investigativo en torno al tema.

Agradecimientos: Proyecto Investigación UNT 15-024

Julio Tereucán Angulo, D en Antrop Soc,⁽¹⁾
julio.terecan@ufrontera.cl

Claudio Briceño Olivera, D en Procesos Políticos
y Sociales en América Latina,⁽¹⁾

José Luis Gálvez Nieto, D en C Educ,⁽¹⁾
Scarlet Hauri Opaza, M en Ger Soc.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de La Frontera,
Departamento de Trabajo Social, Temuco, Chile.

<http://dx.doi.org/10.21149/7980>

Referencias

1. Mayer P, Morales N, Figueroa G, Ulloa R. Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Publica Mex* 2016; 58(3):335-336. <http://doi.org/bp6t>
2. Echavarrí O, Maino M, Fischman R, Morales S, Barros J. Aumento sostenido del suicidio en

Chile: Un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública* 2015; 10(79): 1-14.

3. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica de Chile* 2015; 143(3):320-328. <http://doi.org/bs2w>

4. Silva D, Vicente, B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile* 2013; 141(10):1275-1282. <http://doi.org/bs2x>

5. Harder HG, Rash J, Holyk T, Jovel E, Harder K. Indigenous youth suicide: a systematic review of the literature. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 2012; 10:125-142.

6. Cheng JKY, Fancher TL, Ratanasen M, Conner KR, Duberstein PR, Sue S, Takeuchi D. Lifetime suicidal ideation and suicide attempts in Asian Americans. *Asian American Journal of Psychology* 2010; 1(1):18-30. <http://doi.org/fwscst>

7. Haboush-Deloye AL, Oliver TL, Parker A, Billings HN. Acculturative stress in suicidal youth. *Journal of Community Psychology* 2015; 43(5):611-618. <http://doi.org/bs2z>

8. Polanco-Roman L, Miranda R. Culturally related stress, hopelessness, and vulnerability to depressive symptoms and suicidal ideation in emerging adulthood. *Behavior therapy* 2013; 44(1):75-87. <http://doi.org/bs22>

9. Mena F J, Padilla AM, Maldonado M. Acculturative stress and specific coping strategies among immigrant and later generation college students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 1987; 9(2):207-225. <http://doi.org/d6x7jh>

Acerca de “Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México”

Señor editor: Hemos leído con gran interés el artículo titulado “Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México”.¹ Ante la situación actual planteada en México, presumimos que en otros países de Latinoamérica la realidad no es muy diferente debido a las características similares a nivel cultural y social.

En cuanto al tema de género, la sociedad latinoamericana se caracteriza por ser conservadora; el machismo y la homofobia son bastante comunes.² A pesar de que el movimiento LGBT ha logrado

posicionar grupos y movimientos muy activos en los países de la región, los grupos conservadores sobre la diversidad sexual (muchas veces basados en prácticas religiosas) aún tienen mucho peso en las decisiones de políticas de salud pública y son una barrera para la implementación de políticas más inclusivas.² La discriminación, como resultado de esta situación, varía desde la agresión verbal y física hasta, en casos extremos, homicidios, como se ha reportado en diversos países como México, Colombia, Chile y Perú,³ lo cual hace mucho más evidente el estado de vulnerabilidad de esta población en América Latina.³

Según la ONU, la prevalencia de VIH/sida en la población general latinoamericana está estimada en 0.4%; sin embargo, en las poblaciones vulnerables, el porcentaje es mayor. Éste es el caso de la población de HSH (hombres que tienen sexo con hombres), en la cual se puede encontrar entre 5 y 20 %, y hasta 34% en personas transexuales.⁴ Debido a este contexto, la homofobia dificulta el control de la epidemia, ya que aún muchas personas consideran que esta enfermedad esta confinada a minorías con prácticas sociales “inaceptables”, lo que las ubica en una posición de vulnerabilidad muy alta. Por ejemplo, en la población de HSH o transexuales, el potencial rechazo que pueden recibir, tanto en el entorno social como personal, genera que oculten sus preferencias sexuales y se aíslan, no asistiendo a los centros de salud en donde los discriminan y alejándose de la atención a la cual tienen derecho. Esto impide el diagnóstico, manejo clínico y tratamiento oportuno de la enfermedad, que oscila de varios meses a años, lo cual compromete su salud y la de sus parejas.^{2,5,6}

En América Latina hay varias experiencias que han evaluado y tratado de intervenir en este tema: en 1998 se implementó la Red de Investigación en VIH/sida en HSH en

América Latina. Un año después se publicó el “Manual de planificación estratégica de programas de prevención y atención de VIH/sida para HSH en la región”, el cual involucró a 13 países latinoamericanos apoyados por la ONU.² Actualmente, sólo en Argentina figura un plan que busca reducir el estigma de la enfermedad, trabajando con el personal de salud y con los medios de comunicación.⁴

A pesar de la existencia de estas estrategias sanitarias, no se ha evidenciado una disminución en la incidencia de la enfermedad en la población de HSH.⁵ Esto probablemente se deba a múltiples factores, algunos de ellos relacionados con los sistemas de salud y con la forma de atención que se les brinda a las personas que viven con VIH. Gracias al estudio realizado en México con los actores clave de este problema, se pudo detectar que, pese a que éstos se mostraron en contra de las prácticas discriminatorias hacia este grupo, no muestran una participación activa con respecto a la posición que expresan.¹

Finalmente, para cumplir los objetivos de estas estrategias es necesario no sólo plantearlas, sino también implementarlas e impulsarlas para su continua mejora, y así disminuir el estigma y discriminación, venciendo la barrera social que esto implica. De igual manera, consideramos que un estudio similar debería plantearse en otros países para comparar los hallazgos y buscar propuestas que ayuden a un mejor control de la epidemia de VIH/sida en la población LGTB de Latinoamérica.

Andrea Carolina Ochoa-Fernández,⁽¹⁾

Johanna Edith Sánchez-Siancas,⁽¹⁾

Daniela Alexandra Ueda-Muro,⁽¹⁾

danauedamuro@hotmail.com

César Ugarte-Gil, MD, MSc.^(1,2)

⁽¹⁾ Facultad de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

⁽²⁾ London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres, Reino Unido.

<http://dx.doi.org/10.21149/7756>

Referencias

1. Orozco-Núñez E, Alcalde-Rabanal JE, Ruiz-Larios JA, Sucilla-Pérez H, García-Cerde R. Discrimination and homophobia associated to the human immunodeficiency virus epidemic. *Salud Publica Mex* 2015;57;suppl 2:s190-s1966. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57s2.7608>
2. Cáceres CF, Mogollón ME, Pérez-Luna G, Olivares F. Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión. Lima, Perú: IESSDEH, UPCH, 2011: 330.
3. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia contra Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Washington DC: CIDH, 2015.
4. Silva-Santisteban A. Diagnóstico sobre las políticas y servicios de prevención para VIH para poblaciones clave en América Latina. Panamá: ONUSIDA, 2015: 74.
5. Programa conjunto de las naciones unidad sobre el VIH/SIDA. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Derechos humanos, salud y VIH. Río de Janeiro, Brasil: ONUSIDA, 2006: 29.
6. Valenzuela C, Ugarte-Gil C, Paz J, Echevarría J, Gotuzzo E, Vermund S, et al. HIV Stigma a Barrier to Retention in HIV Care at a General Hospital in Lima, Peru: a Case-Control Study. *AIDS Behav* 2015;19;2:235-245. <http://doi.org/bs2j>

Respuesta a la carta al editor sobre “Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México”

Señor editor: Compartimos con los autores de la carta al editor la preocupación por la persistencia de discriminación y homofobia como prácticas sociales que afectan los derechos de las personas que viven con VIH. Este panorama es preocupante en América Latina,¹⁻³ pues se han documentado situaciones persistentes de prácticas estigmatizantes hacia este grupo de población, la comunidad LGBT, los migrantes y los pueblos originarios. El estigma y la discriminación ejercidos hacia personas que viven con VIH y otros grupos minoritarios se expresan en maltrato o trato denigrante y están ampliamente identificados en Méxi-

co.⁴ Esta situación ha derivado en la promulgación de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

En este sentido, cobran importancia los resultados del mapeo político realizado en México que documentan discriminación y homofobia por parte de actores de espacios públicos hacia personas que viven con VIH. Esta situación es preocupante si consideramos que la misión fundamental de las instituciones públicas es la protección de los derechos de personas en condición de vulnerabilidad. También se ha observado discriminación y homofobia en niveles más pequeños de interacción gubernamental, cuyos instrumentos municipales –Bandos de Policía y Buen Gobierno– no son congruentes con disposiciones federales para proteger los derechos humanos de la comunidad LGBT. Esta incongruencia entre la política nacional y estatal acentúa las fallas en su implementación y vigilancia para prevenir y eliminar la discriminación, sobre todo en instituciones públicas.

Coincidimos plenamente en la necesidad de atender la problemática que favorece la discriminación y homofobia en la región latinoamericana y remarcamos la importancia

de generar evidencia de su ocurrencia en escenarios públicos. Nos queda claro que este fenómeno trasciende la disposición de leyes que la condenan. Por lo anterior, la discriminación y homofobia hacia las personas que viven con VIH deben ser consideradas un problema global y prioritario en Las Américas. Su abordaje debe recuperar la evidencia y el aprendizaje de las distintas experiencias en el escenario inter e intragubernamental en los diversos países, que han de ser utilizadas como evidencia para dirigir acciones orientadas a proteger a grupos clave en mayor condición de desprotección de sus derechos humanos, como son las personas que viven con VIH.

Finalmente, para lograr un México y continente americano más incluyente, es indispensable desarrollar estrategias para eliminar la discriminación y homofobia. Alcanzar este objetivo sólo será posible en la medida que se desarrollen acciones concertadas entre la sociedad civil que representa a grupos minoritarios y aquéllas vinculadas a la protección de sus derechos, instancias académicas,⁵ políticos, tomadores de decisiones y personal en contacto con estos grupos de población.⁶

Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, D en C,⁽¹⁾

Emanuel Orozco-Núñez, M en Antrop.⁽¹⁾

emanuel.orocho@insp.mx

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

<http://dx.doi.org/10.21149/8251>

Referencias

1. González-Galbán H, Iglesias-Linares M, Mena-Martínez M, Bojórquez-Chapela I. Diseño y aplicación en Cuba de un constructo para identificar dimensiones sociales de la discriminación por VIH/sida. *Salud Publica Mex* 2013;55(4):399-407.
2. Passerino L. Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencias de la Salud* 2013;11(2):217-233.
3. Arrivillaga-Quintero M. Analysis of barriers to therapeutic adherence for Colombian women with HIV/AIDS: a question of health rights. *Salud Publica Mex* 2010;52(4):350-356.
4. Peñarrieta-de Córdova M, Rivera A, Piñones Martínez S, Quintero Valle L. Experiencia de vivir con el VIH / sida en un país latino: un análisis cualitativo. *Cultura de los Cuidados* 2006;20:69-75.
5. Hernández-Cabrera P. La dimensión performativa de los eventos antisida de la Ciudad de México. *Andamios* 2012;9(19):309-335.
6. Fernandez M, Kelly J, Stevenson L, Sitzler C, Somlai A, Amirkhanian Y, et al. HIV prevention programs of nongovernmental organizations in Latin America and the Caribbean: the Global AIDS Intervention Network project. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(3):154-162.