

CARTAS AL EDITOR

Salud mental con perspectiva de género

Señor editor: Enviamos los resultados preliminares de una investigación sobre salud mental y género llevada a cabo en Chile, según las puntuaciones obtenidas en una evaluación global de salud mental (para la cual se utilizó el cuestionario de resultados OQ-45.2, que mide sintomatología, rol social y relaciones interpersonales), realizada a hombres y mujeres con un diagnóstico de trastorno afectivo, tratados en el servicio de psiquiatría del Hospital del Salvador de Santiago de Chile.

La última Encuesta Nacional de Salud de Chile¹ señala que 25.7% de las mujeres presentó síntomas depresivos en el último año, en comparación con 8.5% de los hombres. Respecto a los autoreportes de depresión alguna vez en su vida, las mujeres presentaron 33.1% y los hombres 9.7%.²

El género se considera un determinante estructural de la salud. Hombres y mujeres cumplen diferentes roles dentro de diversos contextos sociales, los cuales influyen en sus comportamientos en relación con la salud mental.³ El análisis con perspectiva de género en salud tendrá en cuenta tales diferencias al momento de abordar los tratamientos para estudiar la morbilidad diferencial y desigual en que se presentan las

cifras de la depresión entre hombres y mujeres, respectivamente.

Se determinó la asociación entre los puntajes obtenidos en la admisión a tratamiento por trastornos del ánimo y subgrupos según sexo. Se analizó un total de 159 casos diagnosticados como trastorno afectivo: 103 mujeres y 56 hombres. Las mujeres obtuvieron peores resultados en la evaluación, excepto en el grado de suicidialidad* (cuadro I).

Este hallazgo aportó un antecedente sobre diferencias de género en la salud mental en mujeres chilenas.

* Las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado forma parte de un continuo de "suicidialidad" de creciente severidad.

Por lo anterior, creemos que es necesario considerar otros determinantes sociales de la salud, además del género, que podrían relacionarse con mayores desventajas en la salud mental de las mujeres respecto a los hombres.⁴⁻⁶

Estos resultados han de ser leídos en el contexto de los datos de esta muestra, donde las mujeres presentan mayor gravedad en sus cuadros afectivos que los hombres, lo cual también se relaciona con los procesos de vulnerabilidad, la experiencia de enfermedad, la manifestación de la enfermedad somática, la búsqueda de ayuda y la atención en los servicios sanitarios. De acuerdo con la evidencia, consideramos que esta desventaja en la salud mental de las mujeres respecto de los hombres también estaría

Cuadro I
DIFERENCIAS EN EL PUNTAJE GLOBAL EN SALUD MENTAL Y RIESGO SUICIDA SEGÚN SEXO. HOSPITAL DEL SALVADOR. SANTIAGO DE CHILE, 2014

Puntaje OQ 45	Mujeres (103)		Hombres (56)		Total n (159)		$(F=0.298, t=2.902, 157)$ $p=0.004$
	Media	DS	Media	DS	n	%	
Puntaje ingreso	101.56	34.936	86.57	31.619			
Riesgo suicida	n	%	n	%	n	%	$(X^2=0.487, 2g)$ $p=0.784$
Ideación suicida	26	21.3	18	14.8	44	36.1	
Intento suicida	24	19.7	13	10.7	37	30.3	
No suicidialidad	27	22.1	14	11.5	41	33.6	
Total	77	63.1	45	36.9	122	100	

relacionada con procesos de estratificación social tales como el empleo, la conciliación de la vida familiar y las tareas del hogar, las oportunidades y los recursos con los que cuentan.

Maria Sol-Pastorino, MSP, DCS,⁽¹⁾
mpastorino@cies.edu.ni
Jairo Vanegas-López, DSP,⁽²⁾
Ramón Florenzano-Urzúa, Psiq, MSP.⁽³⁾

⁽¹⁾ Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, UNAN. Managua, Nicaragua.

⁽²⁾ Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Obstetricia, Unidad Salud Pública, Universidad de Santiago de Chile. Santiago de Chile.
⁽³⁾ Universidad de Chile. Santiago de Chile.

<https://doi.org/10.21149/8508>

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo II.V: Resultados [internet]. Chile: Ministerio de Salud, 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
2. Evans T, Mafubelu, D. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy. La agenda de mañana. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 2009.
3. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health [internet]. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
4. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in 1990's. Soc Sci Med 1997;44(6):773-787.
5. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en la depresión. Int J Clin Health Psychology 2006;6:7-21.
6. Bjerkeset O, Romundstad P, Gunnell D. Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. Short Report. Br J Psychiatry 2008;192(6):474-475. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045203>

Detección de anticuerpos contra VIH a partir de muestras de sangre seca en papel filtro

Señor editor: En los últimos años se ha incrementado el uso de muestras de sangre seca en papel filtro (*dried*

blood spots, DBS) para detectar anticuerpos contra virus de la hepatitis C (VHC), virus dengue y VIH, entre otros.^{1,2} En el laboratorio de infecciones de transmisión sexual del Instituto Nacional de Salud Pública hemos utilizado DBS para detectar anticuerpos contra virus del herpes simplex tipo 2 y VHC,^{3,4} y recientemente implementamos el inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas (CMIA) (VIH Ag/Ab Combo de Abbott) en muestras DBS para detección antígeno/anticuerpo de VIH.⁵ El ensayo considera positivas las muestras con un índice ≥ 1 y negativas las muestras < 1 , sin una zona gris o indeterminada, por lo que determinamos una zona gris para mejorar la sensibilidad y especificidad de la prueba con DBS. Primero estandarizamos un par de pruebas para la detección de VIH con DBS: un ensayo tipo Western Blot (New Lav Blot 1, Bio-Rad VIH 1) y una prueba de aglutinación de partículas (Serodia VIH 1, Fujirebio Inc), utilizando un panel de muestra en paralelo, suero-DBS.

El ensayo de aglutinación mostró resultados claros tras una sola adaptación durante la preparación de la muestra eluida; en lugar de utilizar suero, se inició con un círculo de papel filtro o *spot* de 6 mm, que se eluyó en 300 μ l de amortiguador de lavado (elución por 12 h a 4 °C en movimiento mecánico). Con respecto a la prueba de Western blot, se utilizaron 250 μ l del eluido; posteriormente se diluyó con 2000 μ l de amortiguador de lavado, suficiente para observar las bandas claramente. Al utilizar dicha cantidad de eluido no se observaron bandas en las muestras negativas, lo que indica que no existe interferencia al utilizar una mayor concentración con DBS. Con ambos ensayos de DBS se observó 100% de concordancia con los resultados de suero, a partir de 15 muestras positivas y 15 negativas a VIH.

Se utilizó el método de aglutinación de partículas por su menor costo y mayor facilidad de ejecución para procesar muestras de DBS con resultado cercano al punto de corte para CMIA: 48 muestras con un índice de 0.5-0.99 y 53 muestras con índice de 1.0-2.99. Se confirmaron como positivas a VIH 12.5% de las muestras con índice de 0.5-0.99 y 62.3% en aquellas con un índice de 1.0-2.99. Se incrementó el porcentaje de pruebas confirmadas como positivas en función del índice, desde 5% en muestras con un índice de 0.5-0.74, hasta 100% en aquellas con un índice de 2.5-2.99 ($p < 0.001$, χ^2 de tendencia), tal como se presenta en el cuadro I. Proponemos que, al utilizar el ensayo CMIA con muestras de DBS, se cree una zona gris a partir de muestras con un índice de 0.75 a 2.49, con lo cual se evitaría 12.5% de muestras falsas negativas y 43.5% de falsas positivas, lo que aumentaría la sensibilidad y la especificidad del ensayo, de forma similar a la mencionada en estudios previos.

La mayoría de las pruebas serológicas están validadas para su uso a partir de muestras de suero o plasma, lo que hace necesaria la validación de cada prueba comercial si se usan

Cuadro I
CONFIRMACIÓN DE VIH POR
AGLUTINACIÓN DE PARTÍCULAS EN
MUESTRAS DBS CON RESULTADO
PREVIO DE CMIA. CUERNAVACA,
MORELOS, 2016

Índice	n	% positivas
0.50-0.74	20	5.0
0.75-0.99	28	17.9
1.00-1.49	26	42.3
1.50-1.99	10	60.0
2.00-2.49	10	90.0
2.50-2.99	7	100

DBS: *dried blood spots*

CMIA: inmunoanálisis quimioluminiscente de micropartículas

DBS. Determinamos las condiciones de elución y las modificaciones al protocolo de los estuches comerciales de las pruebas de Western blot y aglutinación de partículas para detección de anticuerpos contra VIH, así como la propuesta de una zona gris para utilizar en el ensayo CMIA con muestras de DBS.

Santa García-Cisneros, TLJF,⁽¹⁾

Ma. Leonidez Olamendi-Portugal, Biol, M en C,⁽¹⁾

Antonia Herrera-Ortiz, Biol, M en C, D en C,⁽¹⁾

Carlos J Conde-González, QBP, M en C, D en C,⁽²⁾

Hugo Lopez-Gatell, MC, PhD,⁽¹⁾

Miguel A Sánchez-Alemán, QFB, M en C, D en C,⁽¹⁾

msanchez@insp.mx

(1) Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

<https://doi.org/10.21149/8751>

Referencias

1. Smit PW, Elliott I, Peeling RW, Mabey D, Newton PN. An overview of the clinical use of filter paper in the diagnosis of tropical diseases. *Am J Trop Med Hyg.* 2014;90:195-210. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0463>
2. Ross RS, Stambouli O, Grüner N, Marcus U, Cai W, Zhang W, et al. Detection of infections with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus by analyses of dried blood spots-performance characteristics of the ARCHITECT system and two commercial assays for nucleic acid amplification. *Virol J.* 2013;5:1072
3. Gutierrez JP, Conde-González CJ, Walker DM, Bertozi SM. Herpes simplex virus type 2 among Mexican high school adolescents: prevalence and association with community characteristics. *Arch Med Res.* 2007;38:774-82. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2007.04.002>
4. Gutiérrez JP, Sucilla-Pérez H, Conde-González CJ, Izazola JA, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Disminución de la seroprevalencia de hepatitis C en México: resultados de la Ensanut 2012. *Salud Pública Mex.* 2016;58:25-32. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i1.7664>
5. Gutiérrez JP, Sucilla-Pérez H, Conde-González CJ, Izazola JA, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Seroprevalencia de VIH en población mexicana de entre 15 y 49 años: resultados de la Ensanut 2012. *Salud Pública Mex.* 2014;56:323-32. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i4.7352>

Morbilidad en aspirantes a la carrera de medicina según sexo

Señor editor: Con la presente enviamos algunos resultados de un censo sobre prevalencia de causas de enfermedad, realizado en la totalidad de aspirantes a la carrera de medicina de una universidad del interior de México. Las causas fueron detectadas mediante examen médico, antropometría e inventario multifásico de Minnesota (MMPI, por sus siglas en inglés), tras un proceso de selección llevado a cabo en junio de 2016.

Son numerosos los estudios sobre la salud de internos y residentes,¹⁻⁴ sin embargo, una búsqueda en varios índices internacionales no reflejó trabajos sobre la prevalencia de patologías entre aspirantes a la carrera de medicina; tampoco han sido exploradas las noxas que los amenazan, ni las implicaciones de la mayor frecuencia de aspirantes del sexo femenino. Lo anterior nos motivó a considerar que una muestra de aspirantes a Medicina podría reflejar las causas más frecuentes de patologías para ese grupo, respecto del cual se sospechaba alguna diferencia entre

sexos y una posible asociación. Las variables estudiadas fueron cifras de hipertensión arterial sistólica (HAS); obesidad; índice de masa corporal (IMC); número de escalas alteradas en MMPI y sexo.

Personal médico y psicológico especializado realizó el examen médico de rutina, la toma de medidas antropométricas y la aplicación e interpretación del MMPI por los métodos establecidos. Se calcularon las medidas de asociación mediante razón de momios. Asimismo, se calculó la prueba de χ^2 con un intervalo de confianza de 99% ($p<0.01$).

Se practicaron 170 exámenes médicos: 57% mujeres; 42% hombres; 28% hipertensos; 27% con sobrepeso u obesidad (condición que resultó más frecuente en mujeres que en hombres, $\chi^2=6.26$, IC95% 3.68-8.82, significancia estadística entre 0.01 y 0.02); 20% desnutrición. En MMPI: mentira 33.9%; desviación psicopática 10.7%; paranoia 10.7%; esquizofrenia 10.7%; hipomanía 28.6%. Detectar la morbilidad enumerada en candidatos a Medicina resultó en una muestra con patología superior a la de la población general.^{5,6} Las explicaciones pueden construirse alrededor de lo que podría llamarse –desde un punto

Cuadro I
MORBILIDAD EN ASPIRANTES A LA CARRERA DE MEDICINA, SEGÚN SEXO

Sexo	HTS normal	TA tot	Obesidad	IMC normal	tot	IMC Bajo	IMC normal	tot	MMPI normal	tot Alterado		
Femenino	12	85	97	22	67	89*	8	60	68	12	85	97
Masculino	27	47	74	32	42	74	2	39	41	6	68	74
RM	0.25			0.57			2.6			1.6		

* $\chi^2 = 6.26$; IC95% 3.68-8.82

IMC= índice de masa corporal

HTS: hipertensión sistólica

TA: tensión arterial

IMC: índice de masa corporal

MMPI: inventario multifásico de Minnesota

Fuente: elaboración propia

de vista sociológico— una sociedad enferma, y sus determinantes se podrían encontrar en la globalización y el neoliberalismo, que rompen las familias por la búsqueda del ingreso, obligan a la madre a dejar a los hijos al cuidado de personal no siempre bien capacitado, individualismo y consumismo prevalentes, la falta de hábitos alimentarios sanos y el concomitante estilo de vida sedentario. Las medidas de asociación relevantes fueron bajo peso en el sexo femenino (RM=2.6) y alteraciones en MMPI en sexo femenino (RM=1.6). Con estos datos se construyó el cuadro I. Lo anterior indica intervenciones para responder a una demanda no expresada.

Jesús Alveano-Hernández, MC, D en Psic.⁽¹⁾
jah@ucol.mx
Luis Carrillo-Santoyo, MC, Pediatr.⁽¹⁾
Aida Angélica Cortés-Fernández, L en Psic.⁽²⁾

⁽¹⁾ Escuela de Medicina,
Universidad Vasco de Quiroga. Morelia, México.
⁽²⁾ Departamento de Orientación Educativa,
Universidad Vasco de Quiroga. Morelia, México.

<https://doi.org/10.21149/8546>

Referencias

1. Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Mitchell ES. Medical student distress. A longitudinal study. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(2):70-76. <https://doi.org/10.1097/00005053-198902000-00002>
2. Arango-Agudelo S, Castaño-Castrillón JJ, Henao-Restrepo CJ, Aguilar J, Paola D, Lopez-Henao AF, Paez-Cala ML. Síndrome de burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia), 2009. *Archivos de Medicina* 2010;10(2):110-126.
3. Coombs RH, Virshup BB. Enhancing the psychological health of medical students; the student well-being committee. *Med Educ* 1994;28(1):47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1994.tb02684.x>
4. Collado-Madruga AM, Barberis-Cubela AE, Aguilar-Valdés J, López-Alayón JF. Condiciones de vida y morbilidad en niños y adolescentes en el municipio La Habana Vieja. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2004;42(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000300004&lng=es
5. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud de México. México: SSa, 2015 (consultado el 24 de julio de 2016). Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem13.pdf>

6. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud de México. Anuarios de morbilidad 2000-2013. México: SSa, 2013 [consultado 24 de julio de 2016]. Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa

Señor editor: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene una prevalencia muy alta en muchos países, incluyendo México, país que se encuentra dentro de los primeros diez lugares, donde esta enfermedad es la primera causa de mortalidad.^{1,2} De sus estados, San Luis Potosí se posiciona en los primeros lugares de mayor prevalencia.³ Se sabe que los pacientes con esta patología presentan factores de riesgo que los predisponen a desarrollar complicaciones cardiovasculares (cuadro I), por lo que tienen que

llevar un adecuado control tanto de las cifras de glucosa como de colesterol, así como vigilancia estrecha en consulta para, finalmente, estadificar su riesgo cardiovascular y contribuir a cambiar su estilo de vida. Existen diversos modelos internacionales para calcular el riesgo cardiovascular; entre los principales se encuentran Framingham,⁴ Adult Treatment Panel III⁵ (ATP III) y World Health Organization/International Society of Hypertension⁶ (WHO/ISH). Presentamos un análisis de las variables que representan los factores de riesgo cardiovascular y una estimación general del riesgo mediante los tres modelos mencionados en una población diferente a las observadas y con características epidemiológicas diferentes. Realizamos un estudio de prevalencia, observacional y retrospectivo, de pacientes derechohabientes, de ambos géneros, rango de edad de 20 a 79 años; diagnóstico de más de diez años de DM2 controlada o no controlada, atendidos en consulta externa de la Unidad Médica Familiar

Cuadro I

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 47. MÉXICO, MAYO 2016

Factores de riesgo

Edad	> 75 años
Sexo	Masculino
DM2	Factor independiente
TA	> 140/90 mmHg
HbA1c	5.5 - 6.5%
Hipercolesterolemia total	Lipoproteínas de baja y alta densidad (c-LDL y c-HDL)
Hipertrigliceridemia	> 150 mg/dL
Tabaquismo positivo	Factor de riesgo mayor
Enfermedad coronaria	Eventos previos personales o familiares
Sedentarismo	Inactividad física
Obesidad	IMC > 30

DM2: diabetes mellitus tipo 2

HbA1c: hemoglobina glucosilada

c-LDL: Low density lipoprotein cholesterol

c-HDL: High density lipoprotein cholesterol

IMC: índice de masa corporal

No. 47 de San Luis Potosí, México. Se seleccionaron los elementos muestrales con método probabilístico, utilizando un modelo aleatorio simple; se realizó el análisis estadístico por medio del programa STATS versión 2.0. En los resultados se observó que el mayor número de pacientes fue del género femenino, con un porcentaje de 63% (259 pacientes) del total de la muestra, con una media de edad de 59 ± 10 años. Se diagnosticó hipertensión arterial en 84% de la muestra (344 pacientes), obesidad en 12% (50 pacientes) y dislipidemia en 0.8% (3 pacientes). Con base en los modelos de riesgo cardiovascular establecidos para su comparación en este estudio, se encontró con Framingham que 42.4% de la muestra resultó con un porcentaje de riesgo >20% al realizar el cálculo; 21% resultó con un porcentaje de riesgo <10%. En comparación con ATP III, se obtuvo 81.6% con porcentaje de riesgo <10%, y una subestimación del riesgo alto en 5.8% con porcentaje de riesgo >20%. Con los resultados anteriores se interpreta que el hecho de tener diagnóstico de diabetes puede aumentar en gran medida el porcentaje de riesgo car-

diovascular, y llegar a riesgo alto. Comparando ambos modelos con WHO/ISH, se observó que a pesar de tomar en cuenta el diagnóstico de DM2, se obtuvieron resultados similares a los de ATP III: se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes, 67.8%, con riesgo <10%; subestimando el riesgo >20%, con un porcentaje de 7.8%. Por lo observado en el presente estudio, existe una diferencia estadísticamente significativa al calcular el riesgo con los tres modelos (figura 1), sin embargo, Framingham estima correctamente el porcentaje de pacientes con riesgo alto, por lo que sugerimos considerar este modelo como el más confiable para su aplicación en nuestra población.

Elisa Paola Garza-López, MG,⁽¹⁾
epgl_11090@hotmail.com

Rosendo Silva-Ruiz, M Intern,⁽¹⁾

Carlos Vicente Rodríguez-Pérez, M Fam.⁽²⁾

⁽¹⁾ Escuela de Medicina, Universidad Cuauhtémoc. Campus San Luis Potosí, México.

⁽²⁾ Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México.

<https://doi.org/10.21149/8511>

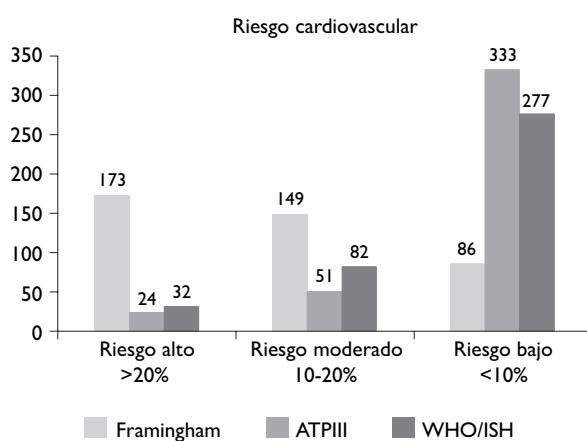


FIGURA 1. COMPARACIÓN DEL RIESGO ENTRE LOS TRES MODELOS. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47. MÉXICO, MAYO 2016

Referencias

1. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

2. Escobedo-de la Peña J, Buitrón-Granados LV, Ramírez Martínez JC, Chavira Mejía R, Schargrodsky H, Marcet Champagne B. Diabetes en México. Estudio CARMELA. CirCir 2011;79(5):424-431.

3. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Síntesis Ejecutiva. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

4. D' Agostino R, Vasan R, Pencina M, Wolf P, Cobain M, Massaro J, Kannel W. General cardiovascular Risk profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. Circulation 2008;117(6):743-753. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>

5. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. ATP III Guidelines AT-A-Glance Quick Desk Reference. NIH Publication No. 01-3305, May 2001. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>

6. Al-Lawati JA, Barakat MN, Al-Lawati NA, Al-Maskari MY, Elsayed MK, Al-Zakwani IS. Cardiovascular risk assessment in diabetes mellitus: comparison of the General Framingham Risk Profile versus the World Health Organization/International Society of Hypertension Risk Prediction Charts in Arabs – Clinical implications. Angiology 2012;64(5):336-342. <https://doi.org/10.1177/000319712458349>

Influenza en el Estado de México: de la pandemia a la endemia

Señor editor: Con el objetivo de tomar ciertas decisiones en cuanto a políticas locales de prevención de influenza, tomando como base la pandemia de 2009,^{1,2} y considerando cuestionamientos como cuál ha sido el comportamiento de la influenza desde la pandemia y si ha prevalecido AH1N1-PDM09, ponemos a su consideración el análisis epidemiológico de la morbilidad asociada con los

casos corroborados de los diferentes tipos de influenza en cada temporada, a partir de la pandemia a la fecha en el Estado de México, enfocados principalmente en la vigilancia de la influenza pandémica, tal y como se ha hecho en otras partes desde la pandemia española de 1918.^{3,4}

Revisamos de forma retrospectiva los concentrados anuales de cada temporada (2009-2016) reportados como casos sospechosos y que fueron confirmados positivos a algún tipo de virus de influenza por el laboratorio estatal. Ello con base en la plataforma diseñada por la DGE. Acorde con ello, registramos un total de 17 177 casos sospechosos. A todos, como parte de los lineamientos federales, se les tomó muestra para identificar influenza a 100% de los hospitalizados vs 10% de los ambulatorios; de los cuales 3 829 (22.2%) resultaron positivos para algún tipo de virus influenza. Predominó AH1N1PDM-09 con 2 227 casos (58.16%) en las siete temporadas, seguido de AH3 (734 casos), influenza A endémica (475 casos) e influenza B con 393 casos. Esta última cepa de influenza se mostró a la alza en la temporada 2015-2016, a

diferencia de las otras seis temporadas, destacando, después de la pandemia, un aumento de casos cada dos años.^{5,6} Al determinar el total de virus identificados por cada temporada, vemos que en las temporadas 2009-2010 y 2015-2016 se registró el mayor número de casos confirmados de influenza, correspondiendo, en su mayoría, a esta última temporada (903 vs 871), seguidos de las temporadas 2013-2014 y 2011-2012 con 713 y 664 casos confirmados, respectivamente. Las temporadas 2014-2015, 2012-2013 y 2010-2011 tuvieron relativamente muchos menos casos confirmados, con 224, 220 y 214, respectivamente. La relación de frecuencias y porcentajes correspondientes se pueden ver en el cuadro I.

Posterior a la pandemia, el curso de la enfermedad fue de alzas en relación con la temporada anterior; llama la atención que esto fue cada dos años (2011-2012, 2013-2014 y 2015-2016), así como el hecho de que en las otras temporadas (2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015) el número total de casos confirmados por temporada fue muy significativo, pero con muchos menos casos. Independientemente de ello,

el curso estacional que presentó el virus pandémico desde 2009-2016 fue durante las temporadas de otoño e invierno, sobre todo en los meses de enero y febrero (figura 1). A partir del objetivo de vigilancia enfocado a casos causados por influenza AH1N1PDM, se puede hacer el importante el señalamiento de que estos han predominado en los meses de diciembre a marzo,^{3,4} y han mostrado un curso bianual en cuanto al incremento en los casos confirmados, por lo que podríamos considerar:

1. Posiblemente la siguiente temporada 2016-2017 no se tenga un número elevado de casos de influenza pandémica.
2. Idealmente, en el Estado de México la vacunación contra influenza debe ser prioritaria hasta las semanas 48-50.
3. Realizar un triage más puntual de pacientes para mejorar el despido de recursos.

José de Jesús Coria-Lorenzo, *Infect Pediat*,^(1,2)

jcoril@yahoo.com

Enrique Rafael Ortiz-García, *Infect Pediat*, M en SP,⁽¹⁾

Xochitl Mirón-Calderón, M en SP,⁽³⁾

Elizabeth Dávila Chávez, M en Admon de Sist de Sal,⁽⁴⁾

Cuadro I

RELACIÓN DE FRECUENCIAS/PORCENTAJES (~) DE TIPO DE VIRUS IDENTIFICADO POR TEMPORADA* Y PORCENTAJE DEL TOTAL DE VIRUS IDENTIFICADOS POR CEPA AISLADA («) POR TEMPORADA N= 3 829.* ESTADO DE MÉXICO, 2009-2016

Tipo de virus	RELACIÓN DE FRECUENCIAS/PORCENTAJES (~) DE TIPO DE VIRUS IDENTIFICADO POR TEMPORADA*							Total
	2009-2010 (%)	2010-2011 (%)	2011-2012 (%)	2012-2013 (%)	2013-2014 (%)	2014-2015 (%)	2015-2016 (%)	
AH1N1PDM	(~)	801 (20.91)	10 (0.26)	468 (12.22)	2 (0.04)	560 (14.62)	1 (0.02)	385 (10.05)
	(«)	(35.96)	(0.44)	(21.01)	(0.08)	(21.14)	(0.16)	(17.28)
INF-A	(~)	68 (1.77)	138 (3.60)	171 (4.46)	17 (0.44)	41 (1.07)	12 (0.31)	28 (0.73)
	(«)	(14.31)	(29.05)	(36)	(3.57)	(8.63)	(2.52)	(5.89)
INF-B	(~)	1 (0.02)	11 (0.28)	5 (0.13)	88 (2.29)	29 (0.75)	58 (1.51)	201 (5.24)
	(«)	(0.25)	(2.79)	(1.27)	(22.39)	(7.37)	(14.75)	(51.14)
AH3	(~)	1 (0.02)	55 (1.43)	20 (0.52)	113 (2.95)	103 (2.68)	153 (3.99)	289 (7.54)
	(«)	(0.13)	(7.49)	(2.72)	(15.39)	(14.3)	(20.84)	39.37
Totales		871	214	664	220	733	224	903
Promedios		(22.74)	(5.58)	(17.34)	(5.74)	(19.14)	(5.85)	(23.58)
								100%

*Temporada: comprende de la semana 40 a la 20 del siguiente año

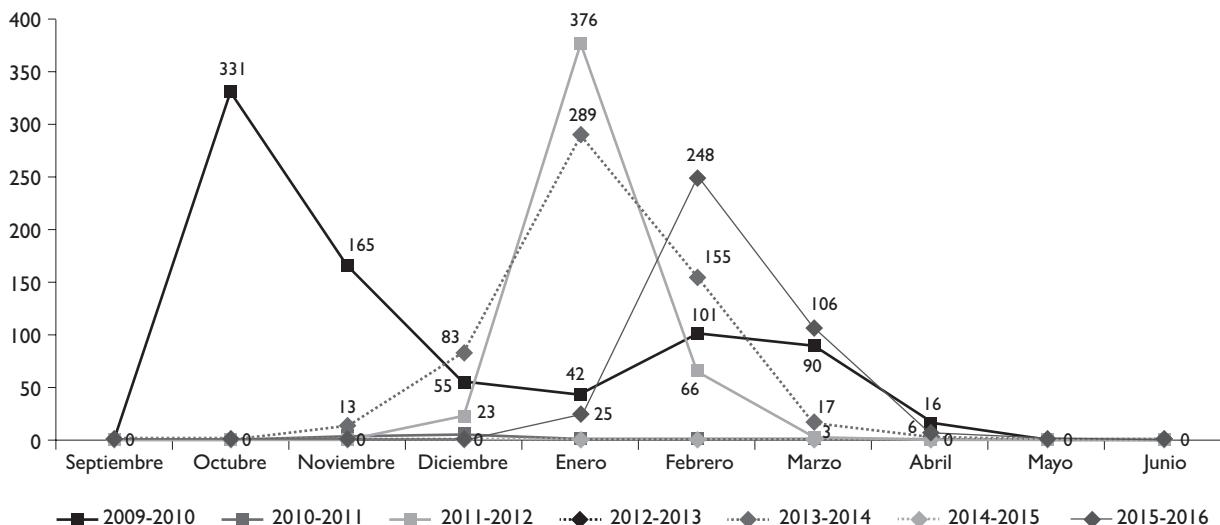


FIGURA I. CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1-PDM POR TEMPORADA EVALUADA N=2 227. ESTADO DE MÉXICO 2009-2016

Evelyn Pla-Esquivel, L en Enf, M en SP^(2,5)
Héctor Hail Reséndiz-Tinajero, M en SP⁽⁶⁾

Alfredo Nava-Ruiz, M Gral.⁽²⁾
Martha Yolanda Martínez-Marroquín, M en SP⁽²⁾

⁽¹⁾ Subdirección de Epidemiología del Instituto de Salud del Estado de México. México

⁽²⁾ Programa de Influenza, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.

⁽³⁾ Departamento de Enfermedades Transmisibles y Micobacteriosis del Instituto de Salud del Estado de México. México.

⁽⁴⁾ Dirección General del Instituto de Salud del Estado de México. México.

⁽⁵⁾ Parálisis Flácida Aguda, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.

⁽⁶⁾ Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.

<https://doi.org/10.21149/8391>

Referencias

1. Pérez-Padilla R, Torre-Bouscoulet L. Respiratory medicine and the new A/H1N1 flu: from a Mexican point of view. *Arch Bronconeumol* 2009;45:313-314. [https://doi.org/10.1016/S1579-2129\(09\)72428-0](https://doi.org/10.1016/S1579-2129(09)72428-0)
2. Serrano-Sierra A, Pérez-Robles V, Nava-Frías M, Villa-Guillén M. Experiencia en el Hospital de México Federico Gómez ante la epidemia por el virus FluA/SW H1N1: Reporte preliminar. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2009;66:301-305.

3. Cenaprece. Preguntas frecuentes de influenza (profesionales de la salud). CD-Méjico, Cenaprece, 2014 [citado sep 21, 2016]. Disponible en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../influenza/.../preguntas_frecuentes_influenza_20ene.2014

4. Reid AH, Janczewski TA, Lourens RM, Elliot AJ, Daniels RS, Berry CL, et al. 1918 influenza pandemic caused by highly conserved viruses with two receptor-binding variants. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9(10):1249-1253. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020789>

5. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza (Flu): how the flu virus can change: "Drift" and "Shift" [citado sep 20, 2016]. Atlanta: CDC, 2014. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>

6.- Talledo M, Zumaeta K. Los virus Influenza y la nueva pandemia A/H1N1. *Revista Peruana de Biología* 2009;16(2):227-238.

Comprendiendo los factores que determinan la distorsión perceptiva de la imagen corporal en adolescentes

Señor editor: Hago llegar avances preliminares de una investigación diseñada para profundizar en los efectos que producen las relaciones sociales y la satisfacción con el entorno relacional en el desarrollo de

distorsiones perceptivas de la imagen corporal, en población adolescente de sexo femenino.

En las últimas décadas se ha incrementado la prevalencia de la obesidad infantil. La OMS estima que a nivel mundial existen 43 millones de menores de cinco años que presentan sobrepeso. En México, esta cifra ronda los cuatro millones. La evidencia sugiere que existe relación entre sobrepeso y desarrollo de trastornos somatomorfos como el trastorno dismórfico corporal (TDC).¹

El diagnóstico del TDC exige que se den las siguientes condiciones: a) una preocupación excesiva por una imperfección física; b) que dicha preocupación desemboque en una patología clínica, y c) que no sea explicable debido a la concurrencia de otro trastorno mental.² Algunos estudios indican que la prevalencia del TDC en muestras comunitarias fluctúa entre 0.6 y 2.5%.³

Analizar el contexto relacional es pertinente debido a la capacidad de influencia que ejerce el grupo de pares en el ajuste psicosocial de los adolescentes.^{4,5}

Llevamos a cabo un estudio transversal exploratorio. Aplicamos un análisis sociocéntrico para evaluar cinco relaciones entre alumnos ($n=139$) y alumnas ($n=274$) distribuidos en 11 salones de una escuela preparatoria de Ciudad de México. La medición del TDC se realizó en población femenina (media edad=15.53 años; $DT=0.88$). Para medir la satisfacción empleamos instrumentos validados en población mexicana. La evaluación del TDC se realizó mediante el *Standard Figural Stimuli* (SFS).⁶ En la figura 1 mostramos los resultados de los modelos de regresión lineal.

Salvo la satisfacción relacional que no muestra valores estadísticamente significativos ($\Delta R^2=0.044$; $p<0.158$), el resto de dimensiones de satisfacción presenta asociaciones inversas de covarianza con el TDC. La satisfacción con la familia y con el cuerpo son las variables que mejor predicen el TDC. Esto sugiere que la familia desempeña una función destacada en el ajuste emocional de los menores en relación con la satisfacción con la autoimagen. La satisfacción familiar y corporal están intensamente relacionadas ($r=0.342$; $p<0.001$). No se identifican asociacio-

nes destacables entre los indicadores relacionales y el TDC.

Estos resultados evidencian el papel que juega la satisfacción, en particular la satisfacción con el ambiente familiar y la satisfacción con el propio cuerpo, en la aparición del TDC. Estos hallazgos enfatizan el papel protector que desempeña la familia en la prevención y el tratamiento de este tipo de trastornos.

Ignacio Ramos-Vidal, D Psic Soc,^(1,2)
ignacio.ramosv@upd.edu.co

⁽¹⁾ Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia.

⁽²⁾ Universidad de Sevilla. España

<https://doi.org/10.21149/8367>

Referencias

1. Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav* 2007;8(1):115-120. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.006>
2. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Av Psicol Latinoam* 2004;22(1):15-27.
3. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46(4):317-325. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317>
4. Dishion TJ, Tipsord JM. Peer contagion in child and adolescent social and emotional develop-

Dimensiones de satisfacción

- Satisfacción general
- Satisfacción familiar
- Satisfacción escolar
- Satisfacción relacional
- Satisfacción corporal

$\beta=-.189$; $\Delta R^2=-.032$; $t=-3.078$; IC 95%: (3.45, 4.94) $p<.002$
 $\beta=-.202$; $\Delta R^2=-.037$; $t=-3.307$; IC 95%: (3.39, 4.48) $p<.001$
 $\beta=-.126$; $\Delta R^2=-.012$; $t=-2.052$; IC 95%: (3.07, 4.67) $p<.041$
 $\beta=-.088$; $\Delta R^2=-.044$; $t=-1.415$; IC 95%: (2.83, 4.39) $p<.158$
 $\beta=-.383$; $\Delta R^2=-.143$; $t=-645$; IC 95%: (6.48, 7.67) $p<.0001$

Indicadores relacionales

- Tamaño red positiva
- Tamaño red negativa
- Nominaciones popularidad
- Crítica por apariencia física
- Importancia al aspecto físico

$\beta=-.060$; $\Delta R^2=-.00$; $t=-.97$; IC 95%: (2.84, 3.58) $p<.332$
 $\beta=-.001$; $\Delta R^2=-.001$; $t=-1.066$; IC 95%: (2.75, 3) $p<.287$
 $\beta=-.115$; $\Delta R^2=-.009$; $t=-1.168$; IC 95%: (3, 4.17) $p<.068$
 $\beta=-.006$; $\Delta R^2=-.004$; $t=-1.01$; IC 95%: (2.82, 3.28) $p<.920$
 $\beta=-.069$; $\Delta R^2=-.001$; $t=-1.108$; IC 95%: (2.90, 3.49) $p<.269$

FIGURA 1. RESULTADOS DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN LINEAL

- ment. *Annu Rev Psychol* 2011;62:189-214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100412>
5. Ramos-Vidal I. Popularidad y relaciones entre iguales en el aula: Un estudio prospectivo. *Psicol Educ* 2016;22(2):113-124. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.001>
6. Bulkit CM, Wade TD, Heath AC, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1517-1524. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801742>

Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas)

Señor editor: En el número 3 de 2017 de *Salud Pública de México* se presenta el trabajo titulado “Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México”, en el cual los autores, en una breve introducción de tres párrafos sin mayores argumentos, apuntan que “el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas), obligatorio para las dependencias públicas, no resiste análisis de validez y confiabilidad”.¹ El único sustento para esta afirmación es una publicación elaborada por los mismos autores, en la que se incluye un capítulo para analizar la versión anterior del Indicas,² lo cual no se menciona en el manuscrito de referencia. Desde la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), área de la Secretaría de Salud responsable del Indicas, se han realizado mejoras sustanciales a dicho Sistema, y la versión actual, desarrollada para ser más robusta, se encuentra disponible desde el mes de enero de 2017 (esto es, antes del envío del manuscrito de referencia).

Como se señala en el sitio web, el cual se encuentra disponible,* el “Sistema Indicas genera información con periodicidad cuatrimestral de

* <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>

indicadores de calidad en salud, para la toma de decisiones y mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica". El Indicas incluye 32 indicadores para la medición de la calidad de la atención en los servicios de salud, agrupados en nueve índices: trato digno en consulta externa; trato digno en urgencias; organización de los servicios en consulta externa urbano; organización de los servicios en primer nivel rural; organización de los servicios de urgencias; atención médica efectiva consulta externa; atención médica efectiva en segundo nivel; atención de enfermería hospitalización, e infecciones asociadas a la atención de la salud.

Contrario a lo que expresan los autores, la atribución para la conducción de la política nacional sobre calidad de la atención médica en México le corresponde a la DGCES, como lo indica el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Este reglamento establece como atribución de la DG CES: "Desarrollar y aplicar modelos para el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de atención médica que proporcionan los sectores público, social y privado, en términos de las disposiciones legales aplicables e identificar la opinión y percepción del usuario sobre estos servicios",³ a lo que da respuesta el Sistema Indicas.

En este sentido, llama la atención que en el proceso de desarrollo de indicadores para el monitoreo de la calidad de atención en México no se hayan considerado como punto de partida los incluidos en el Indicas. Un principio importante para la selección de indicadores es justamente la pertinencia y relevancia de los mismos, en el contexto para el cual se desarrollan. Contar con indicadores para los cuales no existen fuentes de información parecería no ser de mayor utilidad para informar decisiones.

Finalmente, como señalan los autores en su conclusión: "Sin explotación previa de las fuentes de información ni estudio piloto para asegurar

la confiabilidad de la medición de los indicadores, la monitorización de la calidad carece del rigor necesario para ser útil y creíble".¹ Resulta lamentable entonces que, aun con el reconocimiento explícito de las limitaciones del estudio realizado, se señale sin matices que el sistema de información en salud en México es deficiente.

Sebastián García-Saisó, MC, M en C.⁽¹⁾
sebastian.garcia@salud.gob.mx

⁽¹⁾ Director General de Calidad y Educación en Salud. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/8228>

Referencias

1. Saturno-Hernández P, Martínez-Nicolás I, Poblano-Verástegui O, Vértiz-Ramírez JJ, Suárez-Ortíz EC, Magaña-Izquierdo M, Kawa-Karasik S. Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México. Salud Pública México, 2017;59(3):227-235. <https://doi.org/10.21149/8228>
2. Saturno PJ, Gutiérrez J, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los servicios estatales de salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca: INSP-BID, 2014.
3. Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México: Secretaría de Salud, 2010.

Respuesta de los autores a la carta al editor de Sebastián García Saisó sobre el artículo *Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México*

Señor editor: Respondemos a los comentarios enviados por el doctor Sebastián García Saisó,¹ director General de Calidad y Educación en Salud, en relación con el artículo titulado *Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México*.² En primer lugar, agradecemos muy sinceramente la atención prestada a nuestro trabajo y, sobre todo, la oportunidad y apertura para debatir un tema tan importante para quienes estamos interesados en

mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Sobre la incapacidad del Indicas para resistir un análisis de validez y confiabilidad, el Dr. García Saisó señala: "El único sustento para esta afirmación es una publicación elaborada por los mismos autores, en la que se incluye un capítulo para analizar la versión anterior del Indicas, lo cual no se menciona en el manuscrito de referencia." Pensamos que el hecho de que se cite un trabajo previo elaborado por algunos de los autores del artículo no es argumento para invalidar lo que en él se afirma. Además, no es el único estudio que se cita en relación con las deficiencias del sistema de información sobre calidad en México. Es pertinente señalar que hay otros estudios que llegan a conclusiones semejantes;³⁻⁶ podemos dejar en segundo término, si así se quiere, los de autoría mexicana anteriores a nuestro estudio.^{3,4} Pero también en los de autoría internacional y reciente, como el que resume una ponencia presentada en el Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y 2º Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud por el *Global Health and Development Group, Imperial College*, agencia contratada como *NICE International* por el Banco Interamericano de Desarrollo a instancias de la Secretaría de Salud para proponer un sistema de indicadores de calidad en México, se subraya, entre otros problemas, el énfasis que se ha puesto en la recopilación de datos, más que en su uso, para mejorar o monitorizar la calidad de la atención, la falta de unificación de los datos colectados y la necesidad de maximizar el uso de información local con base en evidencia.⁵ Esta afirmación coincide con el diagnóstico de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), organismo que identifica, entre otros, los siguientes problemas en relación con la medición de la calidad a nivel del sistema de salud: los indicadores

de calidad de la atención reportados son ampliamente insuficientes; el sistema de información está fragmentado, y hay rigidez del mismo para reconocer las necesidades de la población y adaptarse a ellas.⁶

En su carta, el doctor García Saisó se refiere a la nueva estructura del Indicas y las "mejoras sustanciales" de la versión actual. Pero, ni en la carta ni en el sitio web que en ella señala se describe el procedimiento y metodología realizados para asegurar la confiabilidad y validez de los datos, que es una de las principales críticas académicas fundadas sobre este sistema. De haberla, sería de gran interés hacer pública la información y someterla a la revisión por pares, lo que permitiría responder las siguientes preguntas: ¿se han comprobado o estandarizado las fuentes de datos para la medición de los indicadores incluidos en el "nuevo" Indicas? ¿Dónde y cómo se realizó la prueba piloto de los mismos? ¿Cuáles son los resultados de los estudios de factibilidad y fiabilidad de su medición? ¿Se tiene la certeza de que un mismo indicador es entendido y aplicado de la misma forma por distintos evaluadores? ¿Cuál es la base de evidencia científica que los respalda? Y, lo más importante una vez garantizada la validez, factibilidad y fiabilidad: ¿se cuenta con evidencia del uso de los indicadores para mejorar la calidad de la atención, cuando además persiste, según puede verse en la página web a la que remite el doctor García Saisó, un porcentaje elevado de instituciones que no reportan información? En caso de que dichas precauciones de rigor metodológico no existan, creemos que es una excelente oportunidad para que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DG CES) evalúe el nuevo sistema y, con base en sus bondades y debilidades, fortalezca su diseño y operación.

También se comenta en la carta el papel de la DG CES en la conducción

de la política nacional sobre calidad de la atención médica en México. Los autores de ninguna manera niegan la atribución que por Ley corresponde a la DG CES. Por el contrario, la reconocen y por ello aportan información con el ánimo de que sea tomada en cuenta para hacer frente a las debilidades identificadas. Por otro lado, parece necesario recordar que la Ley General de Salud, en su artículo 6º, establece como primer objetivo para las instituciones y actores que forman parte del Sistema Nacional de Salud, "*Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos...*",⁷ lo que obliga al desarrollo de iniciativas de mejora en todos los niveles y ámbitos. Si además se revisan los objetivos de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), se identificará entre ellos el siguiente: "*Colaborar como órgano de consulta del Gobierno Federal y, en su caso, identificar las oportunidades que el país ofrezca en materia de investigación en salud, educación de postgrado y calidad en la atención médica de alta especialidad*".⁸ En suma, en tanto que la conducción de la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud corresponde, en efecto, a la DG CES, el impulso a su mejora y monitorización debe ser asumido por los responsables de la atención en todos los niveles.

Sobre la no consideración en nuestro estudio de los indicadores incluidos en el Indicas que observa el doctor García Saisó, los autores deseamos aclarar que, tanto los indicadores del Indicas como otra serie de indicadores propuestos por representantes de las instituciones participantes en el ejercicio, fueron considerados en una primera etapa de selección. Sin embargo, ninguno de ellos resultó seleccionado por el grupo de participantes, toda vez que, desde su punto de vista, no cumplían con los requisitos utilizados para su selección; a saber: a) utilidad para la

mejora de la calidad y la toma de decisiones; b) factibilidad de medición, y c) confiabilidad de la información disponible. Por ello no aparecen mencionados en la etapa de priorización que describe nuestro artículo.*

Tal y como lo menciona el doctor García Saisó, "un principio importante para la selección de indicadores es justamente la pertinencia y relevancia de los mismos, en el contexto para el cual se desarrollan"; en este sentido podemos señalar que es necesario desarrollar e implementar indicadores que reflejen la complejidad y diferencias que se presentan en los diferentes niveles de atención médica, razón por la cual es imperativo incluir indicadores adicionales a los del sistema Indicas. Así, la orientación de la CCINSHAE requiere que todas las instituciones coordinadas cuenten con modelos e indicadores para evaluar y mejorar la calidad de la atención que sean aplicables a la medicina de alta especialidad.

Finalmente, se indica que es lamentable señalar, "sin matices", que el sistema de información en salud en México es deficiente, tal como afirma el autor de la carta sobre nuestro artículo. Consideramos, sin embargo, que esta es una conclusión fundada tanto en los hallazgos de nuestro estudio como en los demás citados que han evaluado este sistema.³⁻⁶ Quizás lo que resultaría lamentable en todo caso es que no se reconozcan, para solucionarlas, las diversas deficiencias que identificamos sin ningún lugar a dudas en torno a la factibilidad y fiabilidad de los indicadores que fueron probados en el estudio, incluidos algunos sobre infección nosocomial semejantes a los del Indicas. Lo verdaderamente lamentable sería que tales deficiencias impidan

* Los lectores interesados en los datos de este primer ejercicio de priorización pueden contactar al autor de correspondencia de esta carta.

contar con información válida y confiable para orientar la mejora de la calidad en los establecimientos de atención médica. La cita literal que el doctor García Saisó extrae de nuestro artículo aplica perfectamente a la situación en que se encuentra el Indicas, hasta que se demuestre de forma fehaciente que sus indicadores son válidos, factibles, confiables, útiles y utilizados para la mejora de la calidad. Además, al referirnos al sistema de información hacemos alusión a toda la cadena involucrada en la recopilación, almacenamiento y procesamiento de la información que inicia en la fuente original de donde se genera la información, pasando por los diversos pasos para su captura y reporte hasta llegar a su compilación final. En este sentido, las fuentes y los mecanismos no parecen haberse estandarizado, y en el caso de muchos indicadores la metodología para recabar, e incluso para evaluar algunos de ellos, es disímil de una institución a otra.

De nuevo, agradecemos al doctor García Saisó su disposición para abrir este necesario espacio de deba-

te. Sobre todo, si estamos de acuerdo en que la mejora de cualquier servicio o proceso inicia con el reconocimiento de los problemas que lo afectan.

Pedro Jesús Saturno-Hernández, PhD,⁽¹⁾
Ismael Martínez-Nicolás, PhD.⁽¹⁾
ismael.martinez@insp.mx

⁽¹⁾ Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

<https://doi.org/10.21149/8942>

Referencias

1. García-Saisó S. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas) (carta al editor). Salud Pública Mex. 2017;59(6):608-9. <https://doi.org/10.21149/8228>
2. Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Poblano-Verástegui O, Vértiz-Ramírez JD, Suárez-Ortíz EC, Magaña-Izquierdo M, et al. Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México. Salud Pública Mex 2017;59(3):227. <https://doi.org/10.21149/8228>
3. Secretaría de Salud. Evaluación externa de SI-CALIDAD, 2012. (citado mayo, 2017). Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/codigos/columnas/evaluacion_programas/pdf/EXT12_SI-CALIDAD_IF.pdf
4. Acción Ciudadana Frente a la Pobreza. De la economía de influyentes a la sociedad incluyente. Comunicados, estudios y documentos: 2015. (citado mayo, 2017). Disponible en: <http://frentealapobreza.mx/wp-content/uploads/2016/04/LIBRO.pdf>
- 5 Ruiz F. Developing a national, sustainable mechanism for quality indicator development in Mexico. Ponencia presentada en el Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y 2º Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud "Mejores prácticas globales para alcanzar resultados de valor". Ciudad de México, 26 de octubre de 2016. (citado mayo, 2017). Disponible en: http://www.idshealth.org/wp-content/uploads/2016/12/Ruiz-Mexico-Oct-2016-final_1.1-002.pdf
6. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. Paris: OECD Publishing, 2016. (citado mayo, 2017) Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en
7. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Artículo 6 de la Ley general de Salud (última reforma DOF 22-06-2017). México: Cámara de Diputados, 2017 (citado mayo, 2017). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf
8. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Objetivos (citado mayo, 2017). Disponible en: <https://www.gob.mx/insalud/que-hacemos#documentos>