
CARTAS AL EDITOR

México y el derecho a la salud: hora de expectativas y decisiones

Señor editor: Estas líneas están escritas desde el lugar de los afectos para con una tierra que se constituyó en hogar y en donde muchos de los actores del sector salud son apreciados como amigos y amigas. México inicia en breve un nuevo sexenio con el liderazgo de una nueva fuerza política, que claramente ganó en las urnas la legitimidad de un mandato y la responsabilidad de un deber hacia sus ciudadanos. Hay muchas expectativas en el área social y el ámbito de la salud no es una excepción.

En México existe un anhelo compartido de contar con un sistema de salud que materialice el derecho a la salud, disminuya las inequidades y entregue a cada uno de sus habitantes –independiente de su condición laboral, social, étnica o de género– acceso oportuno a servicios integrales de calidad. Junto a ese anhelo común, hay un marcado acuerdo en el diagnóstico de desafíos y pendientes, tales como debilidad en la rectoría de la Secretaría de Salud; las negativas consecuencias de la segmentación y fragmentación del sistema de salud; la necesidad de fortalecer la atención primaria a la salud (APS) como eje de un modelo de atención que asegure acceso universal; la insuficiente e

inequitativa distribución de recursos humanos y de tecnologías sanitarias, sólo por señalar algunos tópicos. Si bien existe consenso en el objeto y en amplios aspectos del diagnóstico de la situación, claramente no lo hay en los medios para resolverlos.¹

Hace más de una década, se implementó como política pública el Seguro Popular (SP), a fin de ampliar cobertura y acceso a quienes no son derechohabientes de la seguridad social en salud. Esta política, ya plenamente instalada en la población, está ampliamente registrada en la literatura, tanto en lo relacionado con sus logros,²⁻⁴ como también con sus cuestionamientos.⁵⁻⁷ No es de extrañar entonces –dados los pendientes y los disensos– que exista una legítima aspiración de plantear cambios en el sistema de salud. El debate democrático y la responsabilidad gubernamental –de cara a un nuevo sexenio– será sobre qué y para qué implementar dichas transformaciones. Por un lado, están los planteamientos que aspiran a mantener la pluralidad de prestadores, mejorar lo existente y terminar con la fragmentación a través de fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y de generar un fondo único de salud que mancomune y solidarice el financiamiento sectorial.^{8,9} Por otro lado, están aquellas propuestas tendientes a introducir reformas a las

instituciones tanto de la seguridad social como del SP,¹⁰ y la propuesta programática de campaña del nuevo presidente que, a través de nueve líneas,¹¹ pretende avanzar en colocar la salud al alcance de todos.

En la aspiración de concretar un sistema de salud integrado, es evidente que habrá detractores del SP que quieran terminar con éste o transformarlo profundamente. Las políticas públicas suelen perfeccionarse cuando hay evidencias para ello. Lo relevante será preguntarse sobre el sentido de los posibles cambios y las alternativas existentes.

Una alternativa clásica sería avanzar hacia un sistema nacional de salud (SNS), como el *National Health Service* inglés. Para ello, al menos habría que: 1) terminar con la dependencia política administrativa de los servicios de salud (Sesa) de los gobiernos estatales para instalar una red nacional de prestadores públicos coordinada y financiada centralmente –independientemente de que su operación sea descentralizada– y así evitar problemas de captura clientelar o uso indebido de recursos, y 2) hacer modificaciones profundas a la seguridad social en salud (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]) para que, de un esquema de seguridad social (*Bismarck*), se

pase a una lógica de *Beveridge* de SNS, unificando así el sistema.

La otra alternativa modélica –en la misma dirección, pero con distinta organización– sería tener un sistema integrado en torno a un seguro social único que cubra a toda la población, contribuyente y subsidiada. Para esto, se podría modificar a la institución más sólida de la seguridad social –el IMSS– para que absorbiera a toda la población. Ambas tienen ejemplos exitosos en el mundo (y también sus propios desafíos) y cuentan con un amplio respaldo de evidencia.

Dada la compleja viabilidad de las opciones anteriores, también se ha planteado –y con evidente controversia– mantener la pluralidad de sistemas integrándolos virtualmente mediante reglas comunes para todos los sistemas para que, en la práctica, puedan proveer la misma cobertura sin importar dónde esté el derechohabiente. La duda es que cualquiera de estas opciones sea políticamente posible en el actual momento.

El peor de los escenarios para México –de no ser alguna de éstas viables– sería hacer cambios que resultasen en un modelo aún más segmentado, sin articulación entre sistemas, y cuyas diferentes lógicas hicieran aún más difícil el anhelo de las y los mexicanos por un sistema integrado que garantice la equidad en el acceso a servicios de calidad. América latina muestra reformas de distinto signo ideológico que tienen defensores y detractores, tales como el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, la Ley 100 de Colombia, el Plan AUGE en Chile, el mismo SP en México, y el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. Todas ellas en sus contextos y diversidad, con sus aciertos y pendientes, han declarado avanzar en materializar el derecho a la salud, y fueron posibles tras complejos procesos políticos y técnicos. Esas experiencias señalan que, aun disímiles, los cambios son posibles pero, sea cual sea el camino

que se defina, seguro que estará lleno de desafíos.

De no ser posible una nueva reforma estructural, que tampoco lo fuera posible en el sexenio que se acaba (y no por falta de voluntad, sino precisamente por la complejidad de los procesos involucrados), surge la pregunta evidente sobre cómo seguir avanzando. Una respuesta está en lo concordado por los países de Las Américas en la estrategia para salud universal:¹² aumentar el gasto público para seguir disminuyendo el gasto de bolsillo; mejorar la eficiencia y calidad de dicho gasto evitando el despilfarro y terminando con la corrupción; explorar mecanismos para mancomunar el financiamiento entre la seguridad social y el sistema que tengan los no derechohabientes; transformar la prestación de servicios de atención en uno basado en la estrategia de APS¹³ y articulado en redes integradas asegurando que el primer nivel de atención sea plenamente resolutorio al disponer de personal, medicamentos y tecnologías sanitarias en todo el territorio, especialmente en zonas vulnerables; seguir avanzando en la instalación de una cultura de la calidad en la prestación de servicios; fortalecer la gobernanza y la rectoría del sistema, y, finalmente, una acción multisectorial efectiva sobre los determinantes sociales de la salud.

La urgencia de los cambios es evidente, al constatar que, a pesar de los muchos avances –que hay que reconocer–, persisten profundas desigualdades en resultados y en calidad: que los servicios que recibe la población más vulnerable del país que vive en zonas rurales o urbanas y marginadas son justamente los más insuficientes; en cómo cada vez más personas, tanto de la seguridad social como de las Sesa, buscan resolver sus dificultades de acceso en la atención médica en farmacias; en cómo autoridades han sido procesadas por desviar dineros de la salud a otros fines, y en cómo subsiste cierta

cultura clientelar en la operación de los servicios; en observar cómo instituciones tan sólidas como el IMSS requieren también mejoras.¹⁴ Sin duda, hay mucho por hacer y, afortunadamente, México tiene de sobra el talento humano y la voluntad para lograrlo. No puedo sino expresar esperanza, la misma que siento palpar en esta hora de transformaciones, y desear pleno éxito y ventura por el bien de tantas personas y comunidades, que han puesto su confianza en quienes conducirán los destinos de esta gran nación.

Oswaldo Artaza-Barrios.⁽¹⁾
oartaza@gmail.com

⁽¹⁾ Instituto de Salud Pública,
Universidad Austral de Chile. Chile.

<https://doi.org/10.21149/110107>

Referencias

1. Anaya R, Artaza O, González E, Manuell G, Sagastuy B. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. Ciudad de México: OPS/OMS, 2013.
2. Gómez-Dantés O, Ortiz M. Seguro Popular de Salud: siete perspectivas. *Salud Pública Mex.* 2004;46(6):585-8. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342004000600013>
3. Avila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Pública Mex.* 2013;55(Suppl 2):S91-9. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s2.5103>
4. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet.* 2012;380:1259-79. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
5. Laurell AC. Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *Int J Health Serv.* 2007;37(3):515-35. <https://doi.org/10.2190/0133-572V-564N-4831>
6. Tamez S, Eibenschutz C. El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2008;10(Suppl):133-45. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000600012>
7. Laurell-Asa C. Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2795-806. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600018>

8. Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55:E3-64. <https://doi.org/10.21149/8759>

9. Frenk J, Gómez-Dantes O, Knaul M, Arreola H. Hacia la universalización de la salud. *Revista Nexos.* 2018. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=36346>

10. Centro de Estudios Espinosa Yglesias. Estado y perspectivas del Sistema Nacional de Salud. México: CEEY, 2016. Disponible en: <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/Estado-y-perspectivas-del-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>

11. Morenasalud. La salud en México debe estar al alcance de todos. México: Morenasalud, 2018 [sitio en internet]. Disponible en: www.morenasalud.org

12. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS, 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

13. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>

14. González-Block MA. El Seguro Social: evolución histórica, crisis y perspectivas de reforma. Estado de México: Universidad Anáhuac México, 2018.

Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de Monterrey

Señor editor: En relación con la atención de adultos mayores institucionalizados en México, no se cuenta con suficiente información acerca de la tipología de pacientes que viven en residencias geriátricas medida por la valoración geriátrica integral.^{1,2} Múltiples factores epidemiológicos han contribuido al aumento en la expectativa de vida.^{3,4} En Monterrey, Nuevo León, realizamos un estudio transversal a mediados de 2016 en tres residencias geriátricas, con una n de 280 residentes, mediante el cual se obtuvieron variables demográficas y sociales, síndromes geriátricos y comorbilidades. La edad media fue de 84.73 años; 71.1%

eran mujeres y el resto hombres; 52.1% eran viudos y 29.3% solteros. El 70.7% tenía acceso a los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y 42.4% contaba con una pensión económica de entre 2 000 y 4 000 pesos mexicanos.

Al revisar variables geriátricas, encontramos que la media del índice de Barthel fue de 61.14 (± 37.73) puntos, en tanto que la media del *Mini Mental State* de Folstein fue de 18.69 (± 10.24) puntos. Respecto al estado emocional, medido por *Geriatric Depression Scale*, encontramos una media de 3.94 (± 3.45) puntos. Asimismo, al valorar el riesgo de caídas por el *Timed Get Up and Go*, observamos que 52.9% registró un tiempo mayor a 15 segundos. A nivel nutricional, encontramos que el peso medio del total de los residentes fue de 58.38 (± 14.82) kg y el índice de masa corporal y el *Mini Nutritional Assessment* medio fue de 24.37 (± 4.43) puntos y 21.66 (± 4.71), respectivamente. Se observó incontinencia urinaria en 41.8% de los residentes, estreñimiento en 40.4% y úlceras por presión en 3.9% de ellos. Entre las enfermedades crónicas más prevalentes encontramos hipertensión arterial con 58.6%, diabetes mellitus con 26.8% e hipercolesterolemia con 35.4%.

Con estos datos podemos observar que la gran mayoría de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados son mujeres, presentan una dependencia funcional de moderada a severa y riesgo de sufrir una caída. Además, tienen deterioro cognitivo de moderado a severo y riesgo de malnutrición. Asimismo, sus ingresos económicos son inferiores a 4 000 pesos mensuales.

Esta información nos ayuda a conocer la problemática a la que se enfrenta un sector poblacional en aumento y nos obliga a prepararnos con instalaciones y personal capaz de atender mejor a una población vulnerable y frágil.

Fernando Coindreau-Frias, MC Partero, Geriatr,⁽¹⁾
fcoindreau@gmail.com

Mauricio Ramos-Bacco, MC Partero, Geriatr,⁽²⁾

Alejandra Barba-Marines, MC Partero, Geriatr,⁽³⁾

Anibal Gutiérrez-Torres, MC Partero,⁽⁴⁾

Hugo Alberto Barrera-Saldaña, PhD, D en C Bioméd,⁽⁴⁾

Javier Valero-Gómez, MC Partero, Anestesiol.⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Asilo Luis Elizondo. Guadalupe, NL, México

⁽²⁾ Asistencia y Desarrollo Social A. C. Monterrey, Nuevo León, México.

⁽³⁾ Residencia de Geriátrica, Hospital General de Zona, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalupe, NL, México.

⁽⁴⁾ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Instituto Tecnológico de Monterrey. Monterrey, NL, México.

⁽⁵⁾ Hospital Zambrano Hellion, Instituto Tecnológico de Monterrey. Monterrey, NL, México.

<https://doi.org/10.21149/10011>

Referencias

- Gutiérrez-Robledo LM, Ávila-Fematt FM, Montaña-Álvarez M. La geriatría en México. *El Residente.* 2010;5(2):43-8.
- Salinas-Martínez R, Banda-Arévalo JB. Asilo de ancianos en el estado de Nuevo León. *Salud Publica Mex.* 1991;33(001):56-69.
- Velazco-Rodríguez R, Godínez-Gómez R, Mendoza-Pérez RC, Torres-López MM, Moreno-Gutiérrez I, Hilerio-López ÁG. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2012;20(2):91-6.
- De la Fuente Sanz MM, León MM, García MR, de Santiago FF, Cámara FN. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia.* 2012;34(6):239-44. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2012.03.007>

Propuesta de un esquema simple de antivirales de acción directa para tratamiento de VHC en un sistema de salud público con bajo presupuesto

Señor editor: Se presenta el caso de una de mujer de 68 años, con antecedente de diabetes mellitus bien controlada, que recibió transfusiones en 1977. En una valoración se encontraron alteraciones bioquímicas; el abordaje se completó con serología para virus de hepatitis C (VHC) que resultó positiva, la cual se corroboró con reacción en cadena de la polimerasa determinando carga viral de

2 008 842 UI/mL, genotipo 1a, naïve. Se le realizó elastografía por FibroScan con 23 kPa (F4), ultrasonido con datos de hepatopatía crónica, sin lesiones focales, y endoscopia con presencia de várices esofágicas pequeñas, sin datos de mal pronóstico. Se clasificó en estadio Child Pugh B, MELD 12 puntos.

De acuerdo con las recomendaciones de las guías de la Asociación Americana para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD) y de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL)^{1,2} para tratamiento de VHC, se decidió iniciar un esquema libre de un inhibidor de proteasa por descompensación y con acción pangenotípica como sofosbuvir 400mg/velpatasvir, 100mg cada 24 horas por 12 semanas, libre de ribavirina. La paciente presentó adecuada tolerancia, sin complicaciones durante el tratamiento, con respuesta viral sostenida (RVS).

El tratamiento de la infección por VHC con los esquemas pangenotípicos (con efecto en genotipo 1-6) son cada vez más simples de usar, tienen escasos efectos secundarios (1%) y altas tasas de RVS. Los dos esquemas pangenotípicos que consideramos de primera línea deberían ser sofosbuvir/velpatasvir y glecaprevir/pibrentasvir (GP). El esquema de una sola dosis diaria de sofosbuvir/velpatasvir por 12 semanas tiene en la mayoría de los casos RVS de hasta 99%.³ Puede usarse en casos de exposición previa a esquemas de tratamiento con interferón, coinfección con VIH y en cirrosis, con la desventaja de tener que agregar ribavirina en pacientes descompensados. La eficacia de este tratamiento está sustentado en los resultados de los ensayos clínicos ASTRAL.⁴⁻⁶ El otro agente antiviral es GP, con duración de tratamiento de ocho semanas en pacientes no cirróticos y 12 semanas en pacientes con cirrosis compensada, alcanzando tasas de RVS de 92 a 100% en pacien-

tes naïve o con tratamiento previo basado en esquemas de interferón.⁷ Este esquema está contraindicado en pacientes con cirrosis descompensada, aunque puede usarse en falla renal crónica. Para ambos esquemas, el genotipo 3 tiene una menor tasa de RVS y, en casos especiales, es necesario medir mutaciones previo al inicio del tratamiento. Cuando alguno de los dos esquemas falla, la opción de rescate con acción pangenotípica es el voxilaprevir/velpatasvir/sofosbuvir, con una RVS >90% y <1% de efectos secundarios (figura 1).⁸

Los esquemas pangenotípicos mencionados pueden ser administrados de forma universal por los trabajadores de la salud. Kattakuzhy y colaboradores, en un estudio piloto fase N, evaluaron la eficacia del tratamiento para VHC llevado a cabo por el personal de salud de una comunidad y no encontraron diferencia significativa en la RVS entre pacientes tratados por médicos especialistas,

médicos generales o el servicio de enfermería si el apego es de 100%.⁹ Otros estudios demuestran que en el uso de estos antivirales por médicos no especialistas la efectividad fue comparable a lo reportado, independientemente quien lo administre.^{10,11}

En conclusión, estos esquemas pangenotípicos, que alcanzan una alta tasa de RVS y con pocos efectos secundarios, deberían ser los de elección en un sistema de salud con recursos limitados.

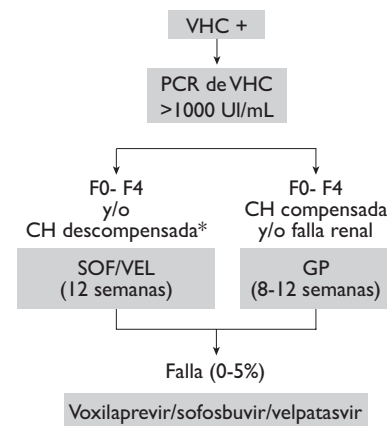
Pedro Valdez-Hernández, M Intern,⁽¹⁾
Erika Faride Rodríguez-Aguilar, M Intern,⁽¹⁾
Victor Manuel Páez-Zayas, M Gastr,⁽¹⁾
Enrique Lizárraga-Gómez, M Gastr,⁽¹⁾
Ignacio García-Juárez, M Gastr Hepatol.⁽¹⁾
drinter77@gmail.com

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México.

<https://doi.org/10.21149/19492>

Referencias

1. Chung RT, Davis GL, Jensen DM, Masur H, Saag MS, Thomas DL, et al. Hepatitis C guidance: AASLD-IDS recommendations for testing, managing, and treatment adults infected with hepatitis C virus. *Hepatology*. 2015;62(3):932-54. <https://doi.org/10.1002/hep.27950>
2. Pawlostky JM, Negro F, Aghemo A, Back D, Dusheiko G. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. *J Hepatol*. 2016;66(1):153-194. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.09.001>
3. Feld JJ, Jacobson IM, Hézode C, Asselah T, Ruane PJ, Gruener N, et al. Sofosbuvir and velpatasvir for HCV genotype 1, 2, 4, 5, and 6 infection. *N Engl J Med*. 2015;373(27):2599-607. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1512610>
4. Foster GR, Afdhal N, Roberts SK, Bräu N, Gane EJ, Pianko S, et al. Sofosbuvir and velpatasvir for HCV genotype 2 and 3 infection. *N Engl J Med*. 2015;373:2608-17. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1512612>
5. Curry MP, O'Leary JG, Bzowej N, Muir AJ, Korenblat KM, Fenkel JM, et al. Sofosbuvir and velpatasvir for HCV in patients with decompensated cirrhosis. *N Engl J Med*. 2015;373:2618-28. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1512614>
6. Kwo PY, Poordad F, Asatryan A, Wang S, Wyles DL, Hassanein T, et al. Glecaprevir and pibrentasvir yield high response rates in patients with HCV genotype 1-6 without cirrhosis. *J Hepatol*. 2017;67(2):263-71.
7. Zeuzem S, Foster GR, Wang S, Asatryan A, Gane E, Feld JJ, et al. Glecaprevir-pibrentasvir for 8 or 12 weeks in HCV genotype 1 or 3 infection.



F: grado de fibrosis
CH: cirrosis hepática
SOF: sofosbuvir
VEL: velpatasvir
GP: glecaprevir/pibrentasvir
VHC: virus de la hepatitis C
* Pacientes descompensados, agregar ribavirina basada en peso

FIGURA 1. ALGORITMO DE TRATAMIENTO PARA INFECCIÓN POR VHC SIMPLIFICADO

N Engl J Med. 2018;378(4):354-69. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1702417>

8. Voaklander R, Jacobson IM. Sofosbuvir, velpatasvir and voxilaprevir combination for the treatment of hepatitis C. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;11(9):789-95. <https://doi.org/10.1080/17474124.2017.1351295>

9. Kattakuzhy S, Gross C, Emmanuel B, Teferi G, Jenkins V, Silk R, et al. Expansion of treatment for hepatitis C virus infection by task shifting to community-based nonspecialist providers: A nonrandomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 2017;167(5):311-8. <https://doi.org/10.7326/M17-0118>

10. Jayasekera CR, Perumpail RB, Chao DT, Pham EA, Aggarwal A, Wong RJ, et al. Task-shifting: An approach to decentralized hepatitis C treatment in medically underserved areas. *Dig Dis Sci*. 2015;60(12):3552-7. <https://doi.org/10.1007/s10620-015-3911-6>

11. Yoo ER, Perumpail RB, Cholankeril G, Jayasekera CR, Ahmed A. Expanding treatment access for chronic hepatitis C with task-shifting in the era of direct-acting antivirals. *J Clin Transl Hepatol*. 2017;5(2):130-3. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2016.00059>

MPOWER component E: essential axis in the reduction of tobacco consumption in Peru

Dear editor: Currently, at the global level, tobacco consumption is the biggest public health challenge, killing over seven million people, 80% of whom are from low- and middle-

income countries.¹ An alarming finding is the consumption among adolescents, with an important percentage under the age 18.² Due to this, from 2008, the World Health Organization (WHO) established measures focused on the reduction and control of tobacco consumption, included in the MPOWER strategy.^{1,3}

MPOWER adopts the following measures: monitoring about tobacco use and prevention strategies; protecting people from tobacco smoke; offering help to quit tobacco use; warning about the dangers of tobacco; enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship; and raising taxes on tobacco.³ Of these, MPOWER component E reduces tobacco use approximately 7%, becoming one of the measures that generates greater consumption reduction.¹

As part of the World No Tobacco Day, a survey was realized among 118 high school students from the north of the country, using four questions about the perception of advertising and promotion of tobacco of the Global Youth Tobacco Survey (GYTS).⁴ The statistical analysis under Stata v.14.0 program found that 72.88% had received at least one activity related to the promotion of cigarettes (table I). Also 66.9% had

seen tobacco advertising posters in commercial establishments. Regarding anti-tobacco advertising, it was found that only 46.6% observed this type of information in newspapers or magazines, while 42.4% saw it on TV.

In Peru, the prevalence of tobacco consumption among youth was 9.7% in 2014, an amount that has not changed significantly to this day, and which compared to 2007 decreased by approximately 10%.^{5,6}

The percentages indicate that there is a wide perception of cigarette promotion activities and a low perception of anti-tobacco activities, so it is expected that the suggestions of the Framework Convention on Tobacco Control will be put in practice.

Acknowledgment

To medical student Marlon Arellano Lama for the implementation of the tobacco education campaign.

Fiorela E. Solano, Medical Student,⁽¹⁾
juliete14@gmail.com

Jessica Meza-Liviapoma, Medical Student.⁽¹⁾

⁽¹⁾ School of Medicine, Universidad de Piura. Piura, Peru.

<https://doi.org/10.21149/9175>

Table I
CIGARETTE PROMOTION ACTIVITIES IN A SCHOOL OF THE NORTH OF PERU, 2017

Cigarette promotion activities	Yes		No		Does not know	
	N	%	N	%	N	%
Free samples of cigarettes	26	22.03	72	61.02	20	16.95
Cigarettes at sale price*	59	50	43	36.44	16	13.56
Coupons for cigarettes	14	11.86	78	66.10	26	22.03
Offers/discounts on others products for the purchase of cigarettes	21	17.8	77	65.25	20	16.95
Clothing or objects with a cigarette brand logo	43	36.44	53	44.92	22	18.64
Sending mail with cigar promotion material	19	16.10	68	57.63	31	26.27

* Cigarettes on sale or discount

References

1. World Health Organization. Tobacco. Fact Sheet. Switzerland: WHO, 2018 [cited 2017 feb 25]. Available from: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs339/en/>
2. National Institute on Drug Abuse. How many adolescents use tobacco? In: Tobacco, Nicotine and E-cigarettes. National Institute on Drug Abuse, 2018:15-16 [cited 2017 feb 25]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/how-many-adolescents-use-tobacco>
3. World Health Organization. Mpower in action. Defeating the global tobacco epidemic. Switzerland: WHO, 2013 [cited 2017 sep 24]. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/brochure_2013/en/
4. Pan American Health Organization/World Health Organization [Internet]. Global youth tobacco survey (GYTS). Washington DC: PAHO/WHO, 2010. [about 2 screens] [cited 2017 Sep 24]. Available from: go.gol/2XQJLj

5. Rojas-Medina Y. Avances en el cumplimiento del Convenio Marco para el Control de Tabaco. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 2017;26(SE 21):687.

6. Pan American Health Organization/World Health Organization [Internet]. GYTS - Reportes por país. Washington DC: PAHO/WHO, 2010. [about 2 screens] [cited 2017 Sep 24]. Available from: goo.gl/i4hVBk

Temporal trends of lung cancer, other cancers and COPD hospitalizations in Mexicans age ≥40 years, 2000-2014

Dear editor: There is a favorable decreasing trend of the age-standardized mortality rates among Mexicans with lung cancer (LC)¹ and males with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).² Hospital discharge

rates (HDR per 1 000 total hospital discharges) trends represent another indicator of changes in LC and COPD incidence. Using joinpoint regression, this countrywide study determined HDR trends of LC and COPD in Mexicans age ≥40 years. HDR trends of other cancers (OC) and other diseases were calculated for comparison. From 2000 to 2014 the LC-HDR decreased in the whole sample (WS) and in males (annual percent change or APC= -2.3 and -3.6 respectively, $p < 0.05$) but not in females, APC=-0.2, $p = 0.82$. COPD-HDR' APC decreased by -2.2, -2.9, -1.6 for the WS-males-females respectively while OC-HDR' APC increased 3.4, 2.5 and 3.9 respectively, $p < 0.05$ (table I).³

In 2007-2008 the *Seguro Popular de Salud* through the program *Fondo*

de Protección Contra Gastos Catastóficos increased funding for cancer⁴ which may explain the OC-HDR increase seen from 2008 to 2014 (figure 1) in WS-males-females (APC of 8.7, 5.9, and 10.0 respectively, $p < 0.05$, data not shown).

In conclusion, LC-hospitalizations decreased in males by 2.3% annually from 2000 to 2014 while COPD hospitalizations decreased at a higher rate in males (APC -2.9) than females (APC -1.6). The main contributors for this favorable trend are likely the reduction of smoking prevalence overtime (estimated 26.2% in 1998-2002 and 21.7% in 2011)⁵ and the cigarette taxes and anti-smoking laws implemented in 2007 and 2008.

The lack of statistically significant reduction in female's COPD

Table I
HOSPITAL DISCHARGE RATES AND TOTAL NUMBER OF DISCHARGES BY YEAR, GENDER AND BY FINAL DIAGNOSIS AT DISCHARGE AMONG HOSPITALIZED MEXICANS AGE ≥40 YEARS

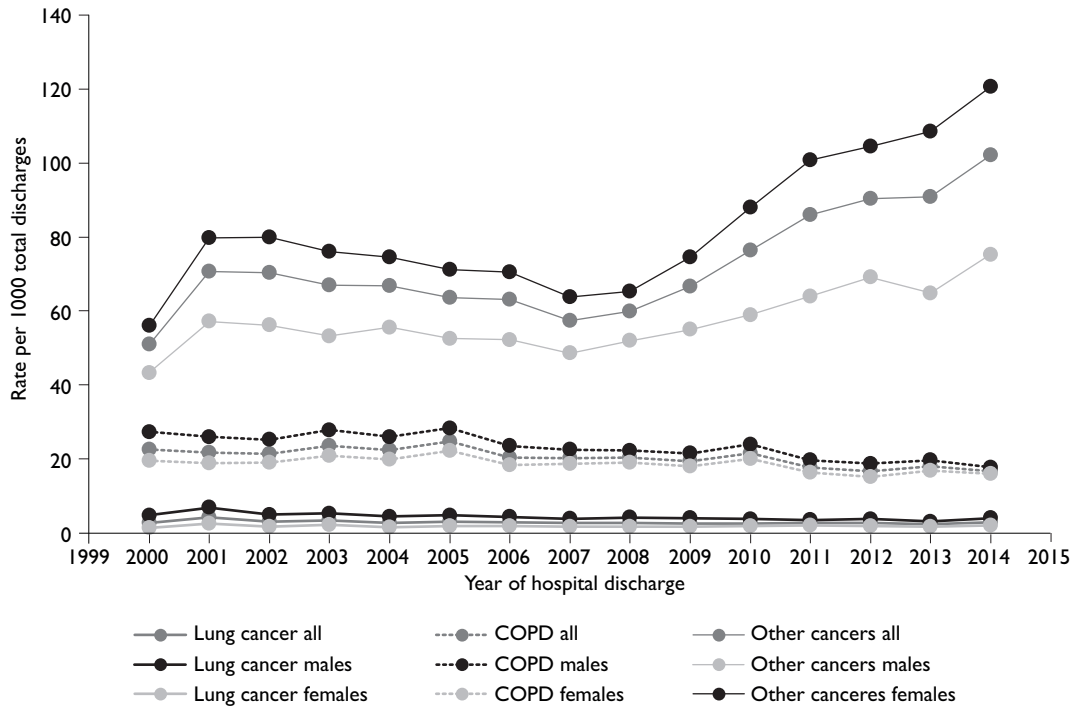
Ministry of Health (Secretaría de Salud) Hospitals only, Mexico, 2000-2014*

Year	Both sexes					Males					Females				
	Lung Cancer	COPD	Other cancers	Other diseases	Total N=	Lung Cancer	COPD	Other cancers	Other diseases	Total N=	Lung Cancer	COPD	Other cancers	Other diseases	Total N=
	HDR					HDR					HDR				
2000	2.8	22.7	51.1	923.5	229 266	4.8	27.3	43.3	924.5	90 658	1.4	19.6	56.1	922.8	138 608
2001	4.3	21.7	70.7	903.3	265 657	6.9	26.0	57.2	909.9	106 114	2.6	18.8	79.8	898.8	159 543
2002	3.1	21.5	70.3	905.1	284 665	4.9	25.2	56.1	913.7	114 392	1.8	19.0	79.9	899.3	170 273
2003	3.5	23.7	67.0	905.9	305 926	5.3	27.8	53.2	913.6	121 947	2.2	20.9	76.1	900.8	183 979
2004	2.8	22.4	66.8	908.0	326 666	4.5	26.0	55.6	914.0	131 692	1.6	19.9	74.5	904.0	194 974
2005	3.1	24.7	63.7	908.6	360 704	4.8	28.3	52.6	914.3	145 107	1.9	22.3	71.1	904.7	215 597
2006	2.9	20.4	63.1	913.6	393 858	4.4	23.6	52.2	919.9	158 782	2.0	18.3	70.4	909.3	235 076
2007	2.7	20.3	57.5	919.6	440 767	3.9	22.5	48.6	925.1	181 816	1.8	18.7	63.7	915.8	258 951
2008	2.7	20.4	59.9	917.0	459 508	4.2	22.3	52.0	921.4	188 015	1.7	19.0	65.4	914.0	271 493
2009	2.6	19.4	66.6	911.4	473 625	4.0	21.5	55.0	919.5	191 975	1.7	18.0	74.6	905.8	281 650
2010	2.6	21.6	76.3	899.4	492 316	3.8	23.9	58.9	913.3	197 773	1.8	20.1	88.0	890.1	294 543
2011	2.7	17.7	86.1	893.6	537 905	3.6	19.7	64.0	912.7	215 858	2.1	16.3	100.8	880.8	322 047
2012	2.7	16.7	90.3	890.4	577 843	3.8	18.8	69.2	908.3	231 407	1.9	15.2	104.5	878.4	346 436
2013	2.3	18.0	90.8	888.9	580 100	3.1	19.7	64.8	912.4	234 251	1.8	16.8	108.5	872.9	345 849
2014	2.9	16.7	102.1	878.3	619 682	4.0	17.7	75.2	903.0	252 402	2.1	15.9	120.6	861.4	367 280
Total	2.8	19.9	75.2	902.1	6 348 488	4.2	22.5	58.9	914.4	2 562 189	1.9	18.2	86.1	893.8	3 786 299
2000-2014 APC ‡	-2.3^	-2.2^	3.4^	-0.2^		-3.6^	-2.9^	2.5^	-0.06		-0.2	-1.6^	3.9^	-0.3	

* Excludes external causes of hospitalization (ICD-10 starting with letters S to Z) or in-hospital deaths. HDR hospital discharge rate per 1000/ total hospital discharges.

‡ Annual percent change by joinpoint regression analysis, ^ $p < 0.05$

Source: Dirección General de Información en Salud³



Source: Source: Dirección General de Información en Salud³

FIGURE 1. LUNG CANCER, CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD) AND OTHER CANCERS RATES PER 1000 TOTAL DISCHARGES IN ALL PATIENTS AND BY GENDER. MEXICANS AGE ≥ 40 YEARS ONLY, 2000-2014

mortality² and of LC hospitalizations found in this study indicate that factors other than smoking are playing a role. The prevalence of biomass smoke (BS) exposure resulting from cooking remains high in rural Mexico (45%)⁶ where females are usually in charge of cooking and therefore more exposed to BS and have also a higher risk of lung cancer.⁷ Future studies should be focused on factors including genetic susceptibility or the degree of exposure to BS/occupational agents.

Eduardo Hernández-Garduño,⁽¹⁾
epidemiologist.researcher@gmail.com

⁽¹⁾ Centro Oncológico Estatal,
Instituto de Seguridad Social del Estado de México
y Municipios. México.

<https://doi.org/10.21149/9052>

References

- Hernández-Garduño E, Ocaña-Servín HL. Lung cancer mortality trends in Mexico, 1999-2014. *Salud Publica Mex.* 2018;60(3):366. <https://doi.org/10.21149/8705>
- Hernández-Garduño E, Ocaña-Servín HL. Temporal trends in chronic obstructive pulmonary disease mortality in Mexico, 1999-2014. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21(3):357-62. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0571>
- Dirección General de Información en Salud. Bases de datos sobre egresos hospitalarios [sitio en internet]. México: Secretaría de Salud, 2000-2014 [citado 2018, febrero 27]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/bases-dedatos/std_egresoshospitalarios.html
- Aracena-Genao B, González-Robledo MC, González-Robledo LM, Palacio-Mejía LS, Nigenda-López G. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. *Salud Publica Mex.* 2011;53(Suppl 4):407-15. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011001000004>
- Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA,

Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco [documento en internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2012 [citado 2018, febrero 27]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf

- Hernández-Garduño E, Gómez-García E, Campos-Gómez S. Prevalence trends of wood use as the main cooking fuel in Mexico, 1990-2013. *Salud Publica Mex.* 2017;59(1):68-75. <https://doi.org/10.21149/7770>
- Hernández-Garduño E, Brauer M, Pérez-Neria J, Vedal S. Wood smoke exposure and lung adenocarcinoma in non-smoking Mexican women. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(3):377-83.

Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido

Señor editor: El aborto inducido o voluntario es un tema controversial que involucra aspectos de derechos

humanos y reproductivos, legales y políticos, y valores éticos, morales y religiosos. Como la mayoría de las personas no tiene una postura extrema ante el aborto, sino que tiende a aceptarlo bajo ciertas circunstancias (violación, riesgo a la salud de la madre y malformaciones del feto),¹ diseñamos una escala Likert para medir actitudes hacia el aborto inducido, considerando la actitud como un continuum que va de lo favorable a lo desfavorable. El cuestionario está dirigido a jóvenes, que son los que más recurren a este tipo de aborto.²

La validación se realizó con 764 estudiantes universitarios de Xalapa, en el estado de Veracruz, de agosto de 2015 a junio de 2016. Se evaluó la validez de contenido mediante

jueces, la de constructo realizando análisis factoriales (exploratorio y confirmatorio) y la confiabilidad con alfa de Cronbach.

Los resultados arrojaron un cuestionario con tres factores (cargas factoriales .52-.72) que explican 48.2% de la varianza: pro “vida” (actitudes negativas hacia el aborto, considerándolo inhumano e injustificado), pro “elección” (derecho de las mujeres a abortar en cualquier circunstancia), y “derechos reproductivos” (al no estar legalizado, se atenta contra los derechos reproductivos de las mujeres) (cuadro I).

Se concluye que el cuestionario de actitudes hacia el aborto es estable y confiable, y puede ser utilizado por profesionales e investigadores de una amplia gama de disciplinas.

Cuadro I
CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA EL ABORTO

Pro “vida” (confiabilidad 0.91)

El aborto es inhumano
El aborto niega el derecho a la vida
Repruebo el aborto porque considero que la vida empieza desde la fecundación
Desde el momento de la concepción, el embrión es un ser con derechos
Abortar es un acto de egoísmo
El aborto implica impedir injustamente la posibilidad de una vida
Si se legaliza el aborto, la sociedad perdería sus valores
Es injustificable que una mujer aborte, inclusive cuando ya había decidido no tener hijos
Es injustificable que una mujer aborte, inclusive cuando sea por falta de una pareja estable
Repruebo el aborto aunque el embarazo sea producto de una violación
El aborto es inaceptable incluso cuando la vida de la madre está en peligro
Condeno que una mujer aborte, incluso cuando ya tiene muchos hijos

Pro “elección” (confiabilidad 0.90)

Una mujer debe poder decidir libremente sobre el aborto
Una mujer debería poder decidir si abortar o no
Una mujer debería tener el control de su cuerpo, teniendo la opción de abortar
Si una mujer decide abortar, se debe respetar su decisión
El aborto debería ser una opción para las mujeres
Las mujeres deberían tener acceso a un “aborto seguro” en todos los hospitales públicos
Una mujer debería tener el derecho de abortar basándose en sus circunstancias
El aborto debería ser legal en todo el país

“Derechos reproductivos” (confiabilidad 0.70)

Al ser ilegal el aborto, se violan los derechos reproductivos de las mujeres
Al ser ilegal el aborto, se le quita autonomía a las mujeres
La falta de acceso al “aborto seguro” viola los derechos de las mujeres

María Luisa Marván, D en C Bioméd,⁽¹⁾
mlmarvan@gmail.com
Roberto Lagunes-Córdoba, D en Neurob,⁽¹⁾
Fabiola Orihuela-Cortés, L en Psic.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Instituto de Investigaciones Psicológicas,
Universidad Veracruzana. México.

<https://doi.org/10.21149/19182>

Referencias

1. Hands J, Kimberly C. Abortion attitudes in context: A multidimensional vignette approach. *Soc Sci Res.* 2014;48:145-56.
2. Juárez F, Singh S, Maddow-Zimet I, Wulf D. Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias. Nueva York: Guttmacher Institute, 2013.

Palabra impresa y salud mental: el papel de los medios

Señor editor: Debido al creciente interés por estudiar el papel de los medios de comunicación en el estigma de las personas que sufren algún desorden mental, en esta carta presentamos los hallazgos de un estudio en el que analizamos el contenido de los dos periódicos matutinos con mayor divulgación en Nuevo León: El Norte y Milenio. En concreto, analizamos 1 982 unidades informativas. El criterio de selección fue que las notas incluyeran alguna palabra relacionada con la salud mental.

Aunque se podría esperar que se adjudicara a las personas con algún trastorno psicológico la etiqueta de “peligrosidad”, los resultados mostraron que no fue así: sólo una minoría de notas pertenecían a actos violentos o delictivos (8.9% en El Norte; 9.1% en Milenio). La mayoría de las palabras estaba incluida en artículos sobre temas de actualidad y la cobertura de manifestaciones culturales y deportivas. Sin embargo, se apreció un uso trivializado de palabras como “trastornado”, “demencial”, “paranoico”, “delirio”, “histeria” o “loco”.

Asimismo, seis psicólogos independientes valoraron las unidades y consideraron que en 48% de éstas se manejó algún tipo de etiqueta (de peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad o incompetencia) e información errónea o estigmatizada. Por tanto, aunque se aprecia en ambos periódicos un esfuerzo por manejar responsablemente y sin sensacionalismo la información, sobre todo cuando el objetivo de la nota es hablar sobre la enfermedad mental en sí misma, aún queda un importante camino que recorrer.

En suma, los resultados encontrados ponen en relieve la necesidad de incrementar la colaboración entre profesionales de la salud mental y los medios con el fin de mejorar la calidad y exactitud de la información que se publica, como sugieren diversos autores.¹⁻³

Francisco A Treviño-Elizondo, D en Psic,⁽¹⁾
 Angélica Quiroga-Garza, D en Consult Sist Hum,⁽¹⁾
 angelica.quiroga@udem.edu
 Guillermo B Willis-Sánchez, D en Psic.⁽²⁾

⁽¹⁾ Universidad de Monterrey. México.

⁽²⁾ Universidad de Granada. España.

<https://doi.org/10.21149/9337>

Referencias

1. Magliano L, Read J, Marassi R. Metaphoric and non-metaphoric use of the term "schizophrenia" in Italian newspapers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(10):1019-25. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0274-3>
2. Rukavina TV, Nawka A, Brborović O, Jovanović N, Kuzman MR, Nawková L, et al. Development of the PICMIN (picture of mental illness in newspapers): instrument to assess mental illness stigma in print media. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(7):1131-44. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0419-z>
3. Whitley R, Berry S. Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Can J Psychiatry.* 2013;58(22):107-12. <https://doi.org/10.1177/070674371305800208>