

CARTAS AL EDITOR

Perspectiva estudiantil sobre la formación en atención primaria en salud en la Universidad de la Salud

Señor editor: El presente escrito busca complementar el artículo recientemente publicado "Formación de personal médico de pregrado en atención primaria. El caso de la Universidad de la Salud",¹ con información adicional sobre el modelo educativo de esta institución y la perspectiva estudiantil.

La Universidad de la Salud (Unisa) de la Ciudad de México tiene como propósito de que sus egresados regresen a sus comunidades al concluir sus estudios, pues una gran parte de la comunidad estudiantil está conformada por alumnos foráneos, lo que enriquece el ambiente académico con diversidad cultural.

Su plan de estudios se fundamenta en un modelo modular, estructurado por aparatos y sistemas, que permite una integración progresiva del conocimiento. Esto favorece la comprensión de las ciencias básicas y el abordaje clínico de forma unificada, promoviendo un aprendizaje aplicado a la práctica médica.

A diferencia de otras universidades del país, en la Unisa las asignaturas de sociomedicina, salud pública, medicina preventiva e investigación médica se imparten progresivamente

durante los primeros cuatro años de formación, lo que facilita una comprensión gradual de la atención primaria en salud (APS), así como del funcionamiento de los sistemas de salud en México y en el ámbito global.

Este enfoque permite a los estudiantes familiarizarse con métodos cuantitativos y cualitativos, fomentando el desarrollo de investigación durante la licenciatura. En contraste, en otras instituciones la metodología de la investigación suele limitarse a los primeros años, lo que reduce el interés y la aplicación práctica de estos conocimientos en etapas posteriores de la formación médica.²

A cinco años de la creación de la Unisa y con la primera generación por egresar, coincidimos en que los retos planteados en el artículo son relevantes. Destacamos la dificultad de hallar perfiles apropiados para el modelo APS, tanto en el plano educativo dentro de la plantilla docente como en los campos clínicos, donde prevalece el modelo hegemónico de la medicina.

Esta situación obstaculiza la integración de los estudiantes formados en APS y genera un choque ideológico que complica la comprensión de su papel dentro del sistema de salud, lo que podría forzarlos a incorporarse al modelo hegemónico y, en el peor de los escenarios, hacerles percibir que

su formación no es reconocida dentro del gremio.

Es fundamental que las instituciones de salud y educación colaboren entre sí para facilitar la integración de estos nuevos médicos en un sistema que valore y aproveche su formación. La consolidación de este modelo requiere esfuerzos coordinados que garanticen que los egresados puedan desempeñar eficazmente su labor en todos los niveles de atención y fortalecer el modelo de APS en México.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Iván A D Medrano-Robledo,⁽¹⁾
ivan.medrano@unisa.cdmx.gob.mx
Oswaldo Torres-Rodríguez.⁽¹⁾

(1) Estudiante de Medicina, Unidad Académica de Medicina, Universidad de la Salud, Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/16821>

Referencias

1. Castro-Albarrán JME. Formación de personal médico de pregrado en atención primaria. El caso de la Universidad de la Salud. *Salud Publica Mex.* 2024;66(5):753-8. <https://doi.org/10.21149/15712>
2. Quiroga-Garza A, Garza-Cisneros AN, Elizondo-Omaña RE, Vilchez-Cavazos JF, Montes de Oca-Luna R, Villarreal-Silva E, et al. Research barriers in the Global South: Mexico. *J Glob Health.* 2022;12:03032. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.03032>

Tobacco use among adolescents: national survey vs. private high schools in Mexico City

Dear editor: Tobacco consumption remains a major public health challenge, raising concerns along with the increasing popularity of e-cigarettes. In Mexico, data on this issue is generally derived from the overall population, which may conceal at risk subgroups.

In 2023, our 'Vape Smart Project (VS Project)' surveyed 2 129 high school students (ages 14 to 19) across 15 educational private institutions in Mexico City ($n=14$) and the State of Mexico ($n=1$), aiming to identify prevalence and risk factors associated to traditional cigarette and e-cigarette consumption among Mexican adolescents. Additionally, we compared our findings with nationwide data from the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut 2022),¹ which included 3 547 adolescents (ages 14 to 19), regardless of educational status (attending or not attending school) and/or type of academic institution (public or private).

Our results revealed that 31.8% of students consumed e-cigarettes, whereas 17% used traditional cigarettes. In contrast, Ensanut 2022 reported 3.4% of adolescents consuming cigarettes and 2.5% e-cigarettes. Although the majority of the participants were reported as non-smokers, among consumers, the highest prevalence of consumption was in private institutions, where e-cigarette usage exceeded that of cigarettes. The predominant smoke frequency in young Mexicans was "some days".

The trends observed in private schools can be attributed to the perceived harmlessness of e-cigarettes and their consideration as a 'safer' alternative, a viewpoint previously reported among young adults in the United States² (figure 1).

Notably, 4.4% of traditional cigarette consumers were males and 4.1% were females, taking into account both surveys (i.e., Ensanut and VS Project). Ensanut 2022 showed a male predominance in e-cigarette usage. However, e-cigarettes were predominantly used by females in the VS Project (57.5%) (supplementary material).³ Factors such as concern for body image, weight control, and stress coping may significantly influence the initiation and maintenance of e-cigarette usage in women.⁴ Neglecting subgroup-specific trends may limit the effectiveness of anti-smoking public policy. The context of the country's center must be considered when designing strategies, where accessibility and the normalization of consumption can be significant risk factors (supplementary material).³

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

Ximena González-López, MC,⁽¹⁾
Dafne Vázquez-Moreno, L en Psic,⁽²⁾
Víctor Gálvez, L en Psic,
M y D en Neuroetol,⁽²⁾
Mariana Azcárraga-Quiza, MC, Psig.⁽³⁾
mazcarragaq@up.edu.mx

(1) Escuela de Medicina, Universidad Panamericana. Mexico City, Mexico.

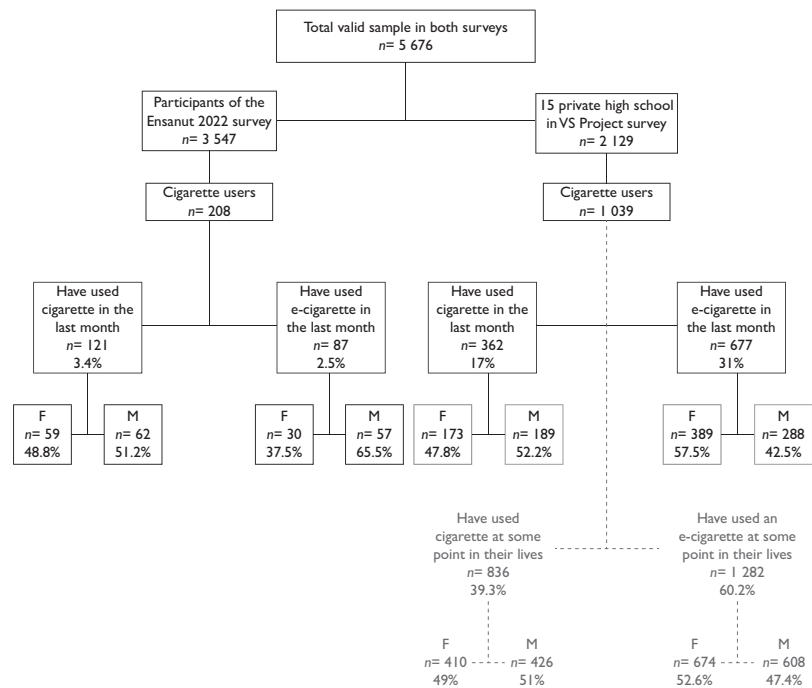
(2) Laboratorio de Neurociencias Cognitivas y Desarrollo, Escuela de Psicología, Universidad Panamericana. Mexico City, Mexico.

(3) Centro Universitario de Salud y Bienestar, Universidad Panamericana. Mexico City, Mexico.

<https://doi.org/10.21149/17269>

References

- Barrera-Núñez DA, López-Olmedo N, Zavala-Arciniega L, Barrientos-Gutiérrez I, Reynales-Shigematsu LM. Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut Continua 2022. Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):s65-74. <https://doi.org/10.21149/14830>
- Kingsbury JH, D'Silva J, O'Gara E, Parks MJ, Boyle RG. How much progress have we made? trends in disparities in tobacco use. *Prev Chronic*



M: male; F: female

FIGURE 1. E-CIGARETTE AND CIGARETTE USE IN BOTH SURVEYS CONDUCTED IN MEXICO CITY, OCTOBER 2023

Dis. 2020;17:200090. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200090>

3. González-López X, Vázquez-Moreno D, Gálvez V, Azcárraga-Quiza M. Supplementary material. Tobacco use among adolescents: National Survey vs. Private High Schools in Mexico City. Figshare, 2025. Available from: <https://figshare.com/s/d304e6aec2d0265b1844>

4. Sánchez JG, Mandujano JL. Revisión sobre los factores relacionados con el consumo de tabaco en la mujer. *Caleidoscopio*. 2016;19(34):95-118. <https://doi.org/10.33064/34crscsh163>

Desigualdades socioeconómicas y conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes de México

Señor editor: El embarazo adolescente todavía es un reto prioritario de salud pública en México, con repercusiones en la equidad social y el bienestar de millones de jóvenes.¹ El conocimiento de los métodos anticonceptivos (MAC) es el primer paso hacia su uso efectivo; sin embargo, éste no se presenta equitativamente entre los distintos estratos de la población. A partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada en México durante 2023,² analizamos 28 165 mujeres de 15 a 24 años. Aunque 98.7% reportó conocer al menos un MAC, identificamos gradientes socioeconómicos significativos. El desconocimiento se concentró en los estratos más bajos al estimar el índice de desigualdad de la pendiente (IDP), con las mayores desigualdades absolutas en el coito interrumpido (IDP= 41.84; IC95%: 17.70,65.98) y el método del ritmo (IDP= 34.2; IC95%: 7.26,61.14). En términos relativos, el desconocimiento sobre vasectomía, condón masculino, pastillas y dispositivo intrauterino se concentró desproporcionadamente en los grupos más pobres. Estos hallazgos confirman que las adolescentes y jóvenes con mayores vulnerabilidades socioeconómicas son quienes tienen menos acceso

a información sobre MAC, lo que perpetúa desigualdades en salud sexual y reproductiva.^{3,4} Tal situación persiste a pesar de contar con iniciativas nacionales como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Se necesitan estrategias equitativas y culturalmente pertinentes para comunidades desfavorecidas. Esto incluye fortalecer la educación sexual en escuelas con menos recursos, ofrecer servicios de salud reproductiva gratuitos y capacitar al personal en competencia cultural.⁵

Es esencial cuestionar las normas de género que responsabilizan de la anticoncepción sólo a las mujeres y promover la participación masculina, especialmente si se considera el bajo conocimiento sobre vasectomía.⁶ Reducir las desigualdades en conocimiento sobre anticonceptivos es una prioridad de salud pública y un imperativo ético. México requiere políticas diferenciadas y sostenidas que garanticen a todas las jóvenes el acceso a información y MAC, independientemente de su origen socioeconómico.

Declaración de conflicto de intereses. El autor declara no tener conflicto de intereses.

Oswaldo Sinoe Medina-Gómez, PhD.⁽¹⁾
epired@gmail.com

(1) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General Regional I, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/17531>

Referencias

1. Medina-Gómez OS, Ortiz-González K. Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e99. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.99>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023. Ciudad de México: INEGI, 2024 [citado septiembre 14, 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>

3. Hubert-López C, Suárez-López L, De la Vara-Salazar E, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65(supl 1):s84-s95. <https://doi.org/10.21149/14795>

4. Lassi Z, Rahim KA, Stavropoulos AM, Ryan LM, Tyag J, Adewale B, et al. Use of contraceptives, empowerment and agency of adolescent girls and young women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Sex Reprod Health*. 2024;50(3):195-211. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2023-202151>

5. Brugeilles C, Rojas OL. Análisis del comportamiento diferencial de la práctica anticonceptiva por sexo, origen social y educación en la población urbana de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 2020;35(2):293-332. <https://doi.org/10.24201/edu.v35i2.1847>

6. Ray JG, Fu L, Austin PC, Park A, Brown H, Grandi S, et al. Teen pregnancy and risk of premature mortality. *JAMA Netw Open*. 2024;7(3):e241833. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.1833>

Morbilidad perinatal en mujeres migrantes: una expresión de inequidad estructural en salud

Señor editor: En contextos de alta movilidad humana como América Latina, los sistemas de salud enfrentan el desafío de garantizar una atención oportuna, equitativa y culturalmente competente para poblaciones migrantes en situación de vulnerabilidad.¹ La morbilidad perinatal, entendida como el conjunto de condiciones adversas que afectan al recién nacido en las primeras etapas de vida, se ha convertido en un indicador sensible de desigualdad en salud.²

Un análisis observacional reciente, desarrollado en seis instituciones hospitalarias del norte de Colombia, documentó una prevalencia de morbilidad perinatal de 29.7% entre 928 binomios madre-hijo de mujeres migrantes. Las complicaciones más frecuentes fueron prematuridad (16.8%), bajo peso al nacer (14.4%) y admisión a unidades de cuidados intensivos neonatales (21.3%). Este patrón excede con creces los promedios nacionales, lo cual revela una situación crítica que amerita atención urgente.

Factores como la adolescencia, la edad materna avanzada, el estatus migratorio irregular, la residencia reciente en el país (<12 meses), el hacinamiento y la inadecuación del control prenatal mostraron asociaciones estadísticamente significativas con los desenlaces perinatales adversos, incluso tras controlar por condiciones clínicas relevantes. Estos resultados reflejan la interacción compleja entre vulnerabilidad social, acceso diferenciado a los servicios de salud y calidad de la atención.

Lo hallado es coherente con la literatura internacional, en la cual se ha reportado que las mujeres migrantes, especialmente aquellas en situación irregular, tienen menor probabilidad de iniciar a tiempo el control prenatal, menor frecuencia de consultas y acceso limitado a servicios especializados, todo lo cual incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.³ En el contexto colombiano, la migración forzada de población venezolana ha desbordado la capacidad de respuesta de los servicios de salud materna en regiones fronterizas y receptoras, lo que ha generado barreras de acceso, fragmentación del cuidado y debilidades en los sistemas de información.⁴

En este sentido, la morbilidad perinatal en mujeres migrantes debe entenderse no como un fenómeno aislado, sino como el resultado de determinantes sociales y estructurales acumulativos que deben ser visibilizados y enfrentados desde una perspectiva de equidad. La evidencia sugiere que intervenciones centradas en la regularización migratoria, la mediación intercultural, la protección social y el fortalecimiento del primer nivel de atención pueden mejorar sustancialmente los desenlaces perinatales en esta población.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Gustavo Edgardo Jiménez-Hernández, D en SP,⁽¹⁾
gustavojimenezh@correo.unicordoba.edu.co

Luz Enith Maza-Padilla, M en Enf,⁽¹⁾
Mónica Mabel Ocampo-Rivero, M en SP⁽¹⁾

(1) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Córdoba. Montería, Colombia.

<https://doi.org/10.21149/17346>

Referencias

1. Kisa S, Kisa A. "No Papers, No Treatment": a scoping review of challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. *Int J Equity Health.* 2024;23:184. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02270-9>
2. Howell EA. Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(2):387-99. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000349>
3. Eslier M, Azria E, Chatzistergiou K, Stewart Z, Dechartres A, Deneux-Tharoux C. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2023;20(6):e1004257. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004257>
4. Durán SE, González Á, Pérez LA, Romero N. Barreras percibidas por los migrantes venezolanos en el proceso de regularización en Colombia. *Rev Cienc Soc.* 2024;30(2):191-206.

Uso de consultorios adyacentes a farmacias privadas en Xalapa, Veracruz

Señor editor: El incremento en la demanda de atención en los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas (CMAF) es la respuesta social ante la insatisfacción y las barreras que experimenta la población para acceder a servicios públicos de salud. Los CMAF han cambiado el modelo de atención al posicionarse, en los últimos años, como el primer contacto con servicios sanitarios independientemente de tener seguridad social y de representar un gasto de bolsillo (por atención médica o medicamentos).¹

Si bien se ha alertado sobre la necesidad de mejorar los mecanis-

mos de supervisión de la práctica asistencial y de la prescripción de medicamentos,² el crecimiento acelerado de los CMAF es continuo en todo el país. Datos de la Ensanut muestran que cerca de 20% de la población mexicana acude a este tipo de establecimientos para recibir atención médica,³ sin embargo, la información con respecto a las entidades federativas es limitada. El municipio de Xalapa, capital del Veracruz, es uno de los dos más poblados del estado, con 488 531 habitantes, de los cuales 24.99% (122 100) carece de seguridad social.⁴ Pese a contar con la mayor infraestructura y recursos humanos tanto de las principales instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]) como del IMSS-Bienestar,⁵ la apertura de nuevos CMAF es constante y se desconoce su impacto en la salud pública local.

Por ello, se realizó un estudio cuantitativo observacional de tipo transversal, mediante la aplicación de una encuesta a 224 personas después de recibir orientación médica en CMAF de las dos cadenas farmacéuticas con mayor presencia en el municipio (Farmacias del Ahorro y Farmacias Similares). El objetivo fue conocer los motivos y la frecuencia de uso de los CMAF por parte de quienes residen en Xalapa. La población usuaria fue principalmente mujeres (127 [56.7%]), de entre 18 y 39 años (119 [53.1%]), con un nivel académico máximo de bachillerato (72 [32.6%]). Destaca que la mayor parte de la población que usa los CMAF (88 [39.3%]) no reconoce contar con servicios de salud, pese a la implementación del IMSS-Bienestar, seguida de la población que cuenta con cobertura en salud por parte del IMSS (85 [38%]). Los resultados muestran que lo que motiva a buscar atención en los CMAF es la cercanía

con su domicilio (144 [64.2%]) y que la atención es barata o no cuesta (22 [9.8%]); mientras que la frecuencia de uso es mayormente bimestral (136 [62.1%]), seguida de mensual (78 [36.6%]) y semanal (3 [1.3%]), independientemente de contar con algún servicio público de salud (figura 1).

La crisis del sistema de salud público mexicano ha permitido que esta parte del sector privado crezca desmesuradamente. Es indispensable supervisar la calidad de la atención y la prescripción de medicamentos. El fin de lucro que los CMAF persiguen constituye un conflicto de interés para los profesionales de salud que en ellos ejercen su práctica clínica. La falta de regulación de estos establecimientos representa riesgos para la salud que pueden originar graves problemas de salud pública.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Citlalli Hernández-Posadas, candidata a M en SP,⁽¹⁾
 Joel Jahaziel Díaz-Vallejo, D en SP,⁽²⁾
 José Locía-Espinoza, D en Neuroet,⁽²⁾
 Natan Nahum García-Martínez, M en C en SPS,⁽³⁾
 Julieta López-Vázquez, D en MIB,⁽⁴⁾
 julllopez@uv.mx

(1) Maestría en Salud Pública, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

(2) Facultad de Química Farmacéutica Biológica, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

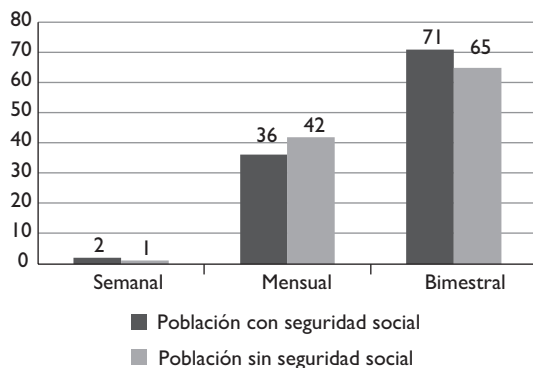
(3) División de Calidad de la Unidad de Atención de Salud, IMSS-Bienestar. Ciudad de México, México.

(4) Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

<https://doi.org/10.21149/17386>

Referencias

- Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo S. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):851-8. <https://doi.org/10.21149/11547>
- Díaz-Portillo SP, Idrovo ÁJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica Mex.* 2015;57(4):320-8.
- Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Characterization of the “primary health care cascade” in public services in Mexico in localities with less than 100 000 inhabitants. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):734-41. <https://doi.org/10.21149/10570>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. México: Inegi [Internet] [citado junio 2025]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/632/variable/F15/V649?name=EDAD.%20Censo%20de%20poblaci%C3%B3n%20y%20vivienda>
- Gobierno de México. Xalapa [Internet]. México: Data México [citado mayo 2024]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/xalapa>



Nota: frecuencias calculadas excluyendo NS/ NR

Semanal considera una vez a la semana + cada tres días. Mensual considera una vez al mes + dos veces al mes. Bimestral considera una vez cada seis meses + una vez al año.

FIGURA 1. FRECUENCIA DE USO DE CONSULTORIOS MÉDICOS ADYACENTES A FARMACIAS PRIVADAS EN XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO, 2025

Retos y oportunidades del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en América Latina

Señor editor: En un contexto internacional cada vez más globalizado las universidades y los centros educativos de enseñanza superior ocupan un papel central en la promoción de la salud de las generaciones futuras. A pesar de los avances acometidos en la última década en este sector, un informe recientemente publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación (UNESCO, por sus siglas en inglés)¹ plantea que las instituciones de educación superior de la región del Caribe y de Latinoamérica enfrentan grandes desafíos económicos, sociales y educativos, perpetuando la brecha entre grupos sociales y aumentando las desigualdades de oportunidades.

En América Latina en concreto, la tasa bruta de matrícula en cursos formativos reglamentados en universidades es de 40%, por debajo del promedio mundial. Asimismo, en la última década se ha experimentado un acervo en la proliferación de instituciones de carácter privado en la región, un hecho que está contribuyendo de manera significativa al aumento de la polarización entre los “grupos elitistas” y el “resto de las masas”.² El incremento de bienestar social y económico en el desarrollo profesional se ha relacionado positivamente con el grado de los estudios formativos de las sociedades. De este modo, aquellos grupos con mayores reconocimientos académicos tienen más probabilidades de gozar de una vida saludable en el futuro en comparación con las personas que no disponen de certificados educativos.³

Desde la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de

la Salud (RIUPS), dentro del marco estratégico homónimo, hace veinte años que se promueve el trabajo intersectorial para facilitar la creación de espacios de aprendizaje que favorezcan la salud, el bienestar y la sostenibilidad de la comunidad.

El análisis realizado de manera colaborativa con las 300 universidades adscritas a la RIUPS muestra un considerable número de retos y desafíos que las autoridades competentes debieran tomar en consideración para seguir promoviendo la función salubrista de los centros universitarios. El establecimiento de un compromiso institucional por parte de la universidad con la promoción de la salud es considerado por los responsables de las universidades participantes como un factor trascendental para impactar positivamente en el estado de salud y bienestar de la comunidad universitaria. Asimismo, tanto la creación de canales comunicativos internos propios dentro de la red como la formulación de espacios de reflexión conjunta, se definen como imperativos fungibles imprescindibles para garantizar el éxito de las propuestas. Además de las dificultades expresadas en el panorama actual, cabe reafirmar el binomio salud-educación como un activo de poder con capacidad transformadora de las estructuras económicas y políticas de la sociedad en su mayor expresión,⁴ contribuyendo de esta manera al avance de las colectividades.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Pol Comellas-Sáenz, *Esp en Promo de la Salud, D en SP*,⁽¹⁾
pol.comellas@upr.edu

Hiram Arroyo-Acevedo, *Esp en Edu para la Salud*.⁽²⁾

(1) Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en Puerto Rico, Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.
(2) Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

<https://doi.org/10.21149/17357>

Referencias

1. UNESCO, Unicef, ECLAC. Education in Latin America and the Caribbean at a crossroads. Regional monitoring report SDG4-Education 2030. UNESCO, 2022. <https://doi.org/10.54675/HOTK9971>
2. Ezcurra AM. Educación superior en el siglo XXI. Una democratización paradójica. Escenarios globales y latinoamericanos. RELAPAE. 2020;12(7):113-27. Disponible en: <https://revistas.untref.edu.ar/index.php/relapae/article/view/449>
3. Busso M, Cristia JP, Hincapié D, Messina J, Ripani L. Aprender mejor: políticas públicas para el desarrollo de habilidades. Washington DC: Inter-American Development Bank, 2017. <https://doi.org/10.18235/0000799>
4. Trinh NTH. Higher education and its role for national development. A research agenda with bibliometric analysis. *Interchange*. 2023;54:125-43. <https://doi.org/10.1007/s10780-023-09493-9>

El subregistro de mortalidad por VIH/sida en México: implicaciones para la vigilancia epidemiológica

Señor editor: Aunque las estadísticas oficiales han documentado descensos en la mortalidad por diversas causas en México, persiste un problema estructural que limita su interpretación: el subregistro de defunciones particularmente en población sin seguridad social. En el caso de VIH/sida (virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida) contar con estimaciones confiables es fundamental, dado que la mortalidad constituye un indicador clave de la respuesta de los sistemas de salud ante esta epidemia.

A través de la vinculación probabilística entre los registros nacionales del Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) y el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), correspondientes a 2008-2017, identificamos discrepancias notables entre los registros de personas

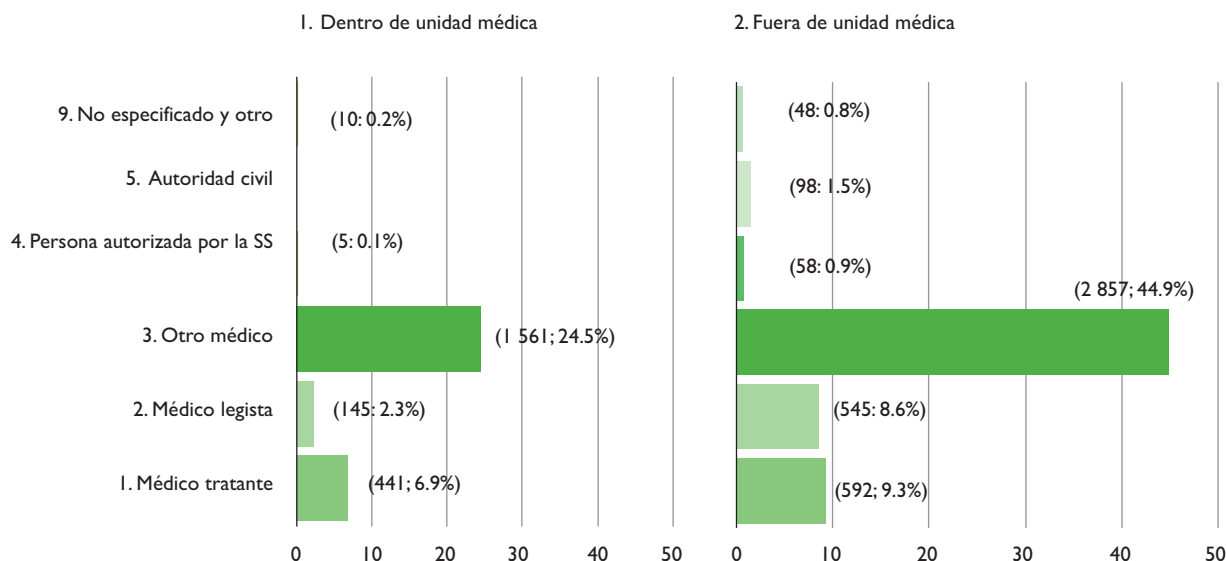
con VIH/sida sin seguridad social y las causas consignadas en los certificados de defunción.¹

Los resultados muestran que, del total de muertes por sida, 30% correspondió a personas con seguridad social, 30% a personas sin seguridad social no identificadas en SALVAR y 40% a personas sin seguridad social registradas en dicho sistema. En esta última población, el subregistro alcanzó 15.5%. La corrección de estas omisiones modificó de manera significativa las tasas de mortalidad, al pasar de 5.3 a 6.3 por 10 000 habitantes sin seguridad social.^{2,3}

Este fenómeno fue más frecuente en hombres jóvenes, en defunciones ocurridas fuera de unidades médicas y cuando el certificado de defunciones fue emitido por médicos no tratantes (figura 1). Estos patrones sugieren que, además de limitaciones técnicas en la certificación, intervienen factores relacionados con el acceso y la utilización de servicios de salud que influyen en la calidad de la información.²

La existencia de un subregistro tiene implicaciones tanto metodológicas como de salud pública. Desde la perspectiva epidemiológica, subestimar la mortalidad afecta la precisión de las estimaciones y puede distorsionar la interpretación de tendencias a lo largo del tiempo. En términos de planificación, utilizar datos no corregidos puede llevar a una asignación insuficiente de recursos para prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento del VIH/sida.^{1,3}

En suma, el subregistro de mortalidad por VIH/sida constituye un desafío para la calidad de la estadística vital en México. Identificar y corregir estas omisiones mediante metodologías de vinculación de bases de datos representa una oportunidad para fortalecer la confiabilidad de la información y apoyar con mayor solidez el diseño de políticas públicas en salud.



SS: Secretaría de Salud

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DEL SUBREGISTRO DE MORTALIDAD POR SIDA, SEGÚN AUTORIDAD QUE CERTIFICA LA MUERTE Y SITIO DE OCURRENCIA. MÉXICO, 2008-2017

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Evangelina Morales-Carmona, M en C de Datos, M en SIG,⁽¹⁾

evangelina.morales@insp.mx

Susana Roman-Pérez, D en Geogr,⁽¹⁾

René Santos-Luna, M en SIG,⁽¹⁾

Lucero Cahuana-Hurtado, D en C,⁽²⁾

Lucino Iván Espín-Arellano, L en Inform.⁽¹⁾

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

(2) Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<https://doi.org/10.21149/17458>

Referencias

- Quezada-Sánchez AD, Espín-Arellano I, Morales-Carmona E, Molina-Vélez D, Palacio-Mejía LS, Gonzáles-González EL, et al. Implementation and validation of a probabilistic linkage method for population databases without identification variables. *Heliyon*. 2022;8(12):e12311. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12311>
- Cahuana-Hurtado L, Chilian-Herrera O, Bautista-Arredondo S, Contreras-Loya D, Franco-

Marina F, González-Vilchis JJ, et al. Corrección de la mala clasificación de las muertes por sida en México. *Análisis retrospectivo de 1983 a 2012*. *Salud Publica Mex*. 2015;57(supl 2):S142-52. <https://doi.org/10.21149/spm.v57s2.7602>

3. Carmo RA, Policena GM, Pereira-Alencar G, Franca EB, Bierrenbach AL. Underreporting of AIDS deaths in Brazil: linkage of hospital records with death certificate data. *Cien Saude Colet*. 2019;26(4):1299-310. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.15922019>

Telemedicina y monitoreo remoto en pacientes con enfermedad renal crónica: evidencia desde un hospital público mexicano

Señor editor: En México, la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) continúa en aumento, desafiando la capacidad resolutoria de los servicios públicos de salud. Frente a este desafío, la incorporación de herramientas digitales como la telemedicina y el monitoreo remoto ha demostrado ser una alternativa viable

y efectiva, especialmente en sistemas públicos con recursos limitados.¹⁻³

En este contexto, se desarrolló un estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, entre septiembre de 2024 y abril de 2025, en un hospital público de segundo nivel de atención en Apodaca, Nuevo León. La investigación fue aprobada por el Comité Local de Investigación en Salud No. 1904 (registro R-2024-1904-122). Se incluyeron 161 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, divididos en un grupo intervención ($n=82$) que fue atendido mediante una plataforma de telemedicina con monitoreo remoto certificado y supervisión especializada, y un grupo control ($n=79$) con seguimiento convencional. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito previo a su inclusión en el estudio, conforme a los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki y las disposiciones nacionales en materia de investigación en salud.

Los resultados clínicos comparativos (cuadro I) muestran una menor proporción de complicaciones en el grupo intervención (14.6 vs. 26.6%, $p=0.037$), así como un ligero incremento en la tasa de filtración glomerular (47.2 vs. 43.5 ml/min/1.73 m²). Aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística, los resultados observados en ambas cohortes reflejan un control clínico aceptable, lo cual sugiere que el modelo de telemedicina puede mantener la calidad asistencial en entornos con recursos limitados.

Estos hallazgos son consistentes con estudios recientes que evidencian el potencial del monitoreo remoto para mejorar desenlaces clínicos y reducir eventos adversos en pacientes con ECNT.⁴⁻⁶ Su implementación en unidades del segundo nivel de atención no sólo refuerza la continuidad del cuidado, sino que también puede optimizar recursos institucionales y promover una atención más centrada en el paciente. Este modelo se podría replicar y escalar a otras unidades del sistema de salud, en el marco de políticas públicas que busquen fortalecer la atención primaria y especializada con soporte digital.

El modelo presentado obtuvo el tercer lugar en el Premio AMSA 2025 en Apoyo a la Investigación, distinción otorgada por la Alianza Médica para la Salud (AMSA, por sus siglas en inglés), lo que refuerza su pertinencia y potencial de réplica. Se sugiere considerar su inclusión como estrategia institucional en el primer y segundo nivel de atención del sector público.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Enoc Isáí Hernández-Cantú, M en Ed y Docen, D en DH,⁽¹⁾
 enoc.hernandez@imss.gob.mx
 Ariana Ludivina Rodríguez-Caballero, Esp en MF,⁽²⁾
 Héctor Alberto Covarrubias-Arriaga,
 L en E, MC de la E,⁽³⁾
 Aídee Ludivina Castellano-Prado, L en Trab Soc.⁽⁴⁾

Cuadro I
COMPARACIÓN DE RESULTADOS CLÍNICOS ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ATENDIDOS MEDIANTE TELEMEDICINA (GRUPO INTERVENCIÓN) Y ATENCIÓN CONVENCIONAL (GRUPO CONTROL) EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 67, IMSS, APODACA, MÉXICO, SEPTIEMBRE 2024-ABRIL 2025 (N= 161)

Variable	Grupo intervención (n= 82)	Grupo control (n= 79)	Valor p
Reingresos hospitalarios (sí)	24 (29.3%)	18 (22.8%)	1.000*
Número de reingresos (media ± DE)	0.54 (±1.0)	0.52 (±1.0)	NS
Adherencia posintervención (alta)	29 (35.4%)	24 (30.4%)	0.243*
Complicaciones de la enfermedad (sí)	12 (14.6%)	21 (26.6%)	0.037*‡
TFG (ml/min/1.73 m ²)	47.2 (±9.4)	43.5 (±10.2)	NS

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
 TFG: tasa de filtración glomerular; NS: no significativo
 * Prueba de ji cuadrada; ‡ $p < 0.05$ significativo

(1) *Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social. Apodaca, México.*
 (2) *Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social. Apodaca, México.*
 (3) *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social. Apodaca, México.*
 (4) *Trabajo Social, Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social. Apodaca, México.*

<https://doi.org/10.21149/117077>

Referencias

- World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. Geneva: WHO, 2020 [citado mayo 10, 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
- Cáceres C, Lora AJ, Villabona SJ, Rocha MC, Camacho PA. Adherence to pharmacological treatment in non-communicable chronic diseases in the Colombian population: systematic review and meta-analysis. *Biomedica*. 2023;43(supl 3):51-65. <https://doi.org/10.7705/biomedica.7077>
- Fath AR, Elgendy IY. After ACS, telemedicine-based care with remote patient monitoring vs. usual care reduced hospital readmissions at 6 months. *Ann Intern Med*. 2024;177(9):JC105. <https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-01775-JC>
- Vudathaneni VKP, Lanke RB, Mudaliyar MC, Mowva KV, Kalluri LM, Boyapati R. The impact of telemedicine and remote patient monitoring on healthcare delivery: a comprehensive evaluation. *Cureus*. 2024;16(3):e55534. <https://doi.org/10.7759/cureus.55534>

- Rhoden PA, Bonilha H, Harvey J. Patient satisfaction of telemedicine remote patient monitoring: a systematic review. *Telemed J E Health*. 2022;28(9):1332-41. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0434>
- Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl*. 2022;12(1):7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

Importancia del lenguaje centrado en la persona para la salud pública

Señor editor: En salud pública, el lenguaje no es un detalle estilístico, sino un componente ético y político. Desde la perspectiva de Foucault, todo discurso participa en la constitución de sujetos y en lo que puede ser dicho, pensado y hecho, pero también abre espacio para la resistencia.¹ El artículo *Language Matters* mostró cómo los términos no inclusivos refuerzan estigmas, desigualdades y barreras en el acceso a servicios.²

Un hallazgo clave fue la necesidad de adoptar un lenguaje centrado en la persona.³ Expresiones como *persona que vive con VIH* deben reemplazar a *infectado con VIH* (virus de la inmunodeficiencia humana), aún frecuente en el habla, medios y entornos de salud. Nombrar de

forma estigmatizante deshumaniza, limita la vinculación con servicios y perpetúa el miedo al diagnóstico. El lenguaje es práctica de poder que define posiciones y distribuye posibilidades de vida o exclusión. En salud pública, decir *grupos vulnerables* invisibiliza causas estructurales; se debe hablar de *poblaciones vulneradas* o *comunidades marginadas*. Las palabras reflejan nuestra comprensión de los determinantes sociales.

Se llama a profesionales de salud, investigadores, responsables de políticas y editores científicos a adoptar guías de lenguaje inclusivo actualizadas y en diálogo con las comunidades.⁴ Anteponer el término *persona* es una guía simple y poderosa (cuadro I). Este enfoque dignifica y fomenta entornos de cuidado empáticos. Transformar el lenguaje es una estrategia de equidad. Como señala Foucault, donde el discurso cambia, también se reconfiguran las relaciones de poder. El lenguaje centrado en la persona se vincula con los derechos humanos reconocidos a todas las personas sin discriminación, bajo principios de dignidad, libertad e igualdad. Además, permite avanzar hacia servicios integrados con enfoque humanista.⁵

El cuidado de la salud y la respuesta ante las enfermedades están influidos por los medios. Por ejemplo, el lenguaje sobre VIH refleja prejuicios, pero también construye actitudes hacia la epidemia y las personas afectadas. Aunque la *mirada médica* ha evolucionado, persisten debates sobre el uso de términos como paciente o cliente. La forma de comunicar de los profesionales puede influir en los resultados de salud, independientemente del tratamiento. Por ello, debemos ser conscientes del poder de sus palabras.⁶

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Cuadro I
TÉRMINOS RECOMENDADOS PARA GRUPOS POBLACIONALES

Grupo poblacional	Términos recomendados, según las características de las personas
Personas migrantes	Personas con experiencia migratoria Personas nacidas fuera del país Personas recién llegadas Personas en situación de movilidad Personas sin documentos oficiales
Personas con VIH	Personas que viven con VIH Personas con diagnóstico de VIH Personas afectadas por el VIH
Personas con diversidad funcional y personas con capacidades diversas	Personas con discapacidad Personas con discapacidad visual, auditiva o motriz Personas usuarias de silla de ruedas
Personas sin vivienda	Personas en situación de calle Personas en situación de vivienda inestable Personas sin hogar/techo
Personas LGBTQ+	Personas LGBTQ+ Personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas Personas transgénero Personas no binarias, pansexuales, asexuales u otras identidades sexuales minorizadas

Higinio Fernández-Sánchez, D en Enf,⁽¹⁾
Higinio.fernandezsanchez@uth.tmc.edu
Julio César Rodríguez-Araujo, M en C Pol,
Fil y Bioét,⁽¹⁾
Irving Alexander May-May, L en Enf,⁽²⁾
José Manasés Aguilar-Villaseñor, D en SP,⁽³⁾
Carlos E Rodríguez-Díaz, D en SP.⁽⁴⁾

(1) The University of Texas Health Science Center at Houston, Cizik School of Nursing. Houston, Texas, EUA.

(2) Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería. Ciudad de México, México.

(3) Organización Panamericana de la Salud. Ciudad de México, México.

(4) Boston University School of Public Health. Boston, Massachusetts, EUA.

<https://doi.org/10.21149/17460>

Referencias

- Foucault M. The archaeology of knowledge and the discourse on language. Nueva York: Pantheon Books, 1972.
- Fernández-Sánchez H, Marfo EA, Santa María D, Mumba M. Language matters: Exploring preferred terms for diverse populations. *Glob Qual*

Nurs Res. 2024;11:23333936241275266. <https://doi.org/10.1177/23333936241275266>

3. Murray C, Varma A, Stroud NJ. The impact of using person-centered language to reference stigmatized groups in news coverage. *J Commun.* 2024;25(11):2264-84. <https://doi.org/10.1177/14648849241228955>

4. Organización Mundial de la Salud. Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e48. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.48>

5. Sánchez-Maldonado M, Terrón-Blanco JL, Lozano-Rendón JC. Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013 [Internet]. *Comun Soc.* 2016;(25):71-100 [citado septiembre 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2016000100004&lng=es&nrm=iso

6. Crocker AF, Smith SN. Person-first language: are we practicing what we preach? *J Multidiscip Healthc.* 2019;12:125-9. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S140067>