



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

González Block, Miguel A.; Figueroa-Lara, Alejandro; Ávila Burgos, Leticia; Balandrán-Duarte, Dulce Alejandra; Aracena-Genao, Belkis; Cahuana-Hurtado, Lucero; Guerrero-López, Carlos M.

Retos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2017

Salud Pública de México, vol. 59, núm. 2, marzo-abril, 2017, pp. 126-127

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650931009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

en profesores. *Integra Educativa* 2015;8(1): 171-187.

6. Mansilla J, Beltrán J. Coherencia entre las estrategias didácticas y las creencias curriculares de los docentes de segundo ciclo, a partir de las actividades didácticas. *Perfiles Educativos* 2013;35(139):25-39.

Retos a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2017

Señor editor: La Encuesta Nacional de Salud 2017 deberá levantarse a cinco años de la Ensanut 2012, siguiendo la periodicidad esperada. La Ensanut 2017 será una herramienta fundamental para dar cuenta de tres importantes tendencias en el panorama de la salud de México: la predominancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, el acercamiento a la protección financiera universal y la integración de redes de atención personalizadas. La Ensanut 2012¹ aportó información clave para las políticas en materia de: prevalencia del sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión; así como en relación con las oportunidades para mejorar la calidad de la atención y el desencuentro entre actividad física y sedentarismo. Identificó una cobertura de protección financiera de 84% de la población nacional, así como evidencia sobre el excesivo gasto de bolsillo y la importancia de la participación de los prestadores privados de servicios de salud en la atención médica de primer contacto de todos los estratos sociales.²

Los aportes de la Ensanut 2012 apuntan a limitaciones y retos para su levantamiento en 2017. Destaca la mejora del reporte de enfermedades crónicas y su desagregación, principalmente para los cánceres más prevalentes, así como para los tipos de diabetes. También hay oportunidad de mejorar el reporte de motivos de atención, ya que la opción de respuesta "Otro motivo" de la Ensanut 2012 concentra poco más de 27% de los motivos de atención. Puede cuidarse,

además, que las listas de diagnósticos y motivos de atención coincidan. Otra limitación es la falta de información sobre las principales complicaciones de las enfermedades crónicas. Es importante incrementar el grado de precisión del interrogatorio y poder así precisar la incidencia y prevalencia de diagnósticos y motivos.

La atención de las enfermedades crónicas implica procesos complejos y barreras al acceso y a la cobertura efectiva. Con el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS)³ recientemente publicado, resulta importante explorar la relación entre prestadores a lo largo de la trayectoria de las enfermedades crónicas, su importancia para la adherencia a tratamientos, así como el papel que juegan los prestadores de primer nivel –tanto públicos como privados– para coordinar dichas trayectorias. La Ensanut 2017 podrá contribuir a identificar el reto a la demanda y recepción de servicios médicos integrales y personalizados, tal y como lo exige el modelo de atención crónica a la salud.⁴ En efecto, ya no basta con preguntar sobre la última consulta ambulatoria o sobre actividades puntuales de detección y control. Es preciso identificar la calidad de las rutas de prevención y atención médica, la participación de diversos profesionales y establecimientos –incluida la atención de urgencias–, así como el apoyo social y comunitario que se recibe. Sería muy valioso, también, observar la valoración que hacen los encuestados sobre el acceso a los servicios de salud en las diferentes opciones a su alcance, más allá de observar la satisfacción cuando son objeto de utilización.

En materia de protección financiera, sería relevante identificar los incentivos a la afiliación voluntaria al Seguro Popular y el interés por acceder a diversas opciones de aseguramiento, sobre todo entre los trabajadores independientes y la población en condiciones de pobreza

que aún carecen de estos beneficios. Se requiere, además, que la Ensanut 2017 indague en mayor profundidad sobre el gasto privado para la atención hospitalaria, identificando el monto y el destino de los recursos.

El reto de las enfermedades crónicas exige tamaños de muestra de casos y de utilizadores de servicios de salud que permitan obtener información de prevalencia, demanda, gastos y calidad de los servicios de salud para los diagnósticos más prevalentes. Es clave procurar los recursos financieros necesarios para ampliar las muestras. Al ofrecer mayor detalle en la información sobre el papel de aseguradores y prestadores privados de servicios de salud, sería factible su contribución financiera para el levantamiento de la encuesta, así como ya lo hacen las instituciones públicas.

El rediseño de la Ensanut debe, por supuesto, mantener en la medida de lo posible, la comparabilidad con encuestas previas. No obstante, el rediseño a fondo es imperativo para obtener los nuevos conjuntos de información requeridos para apoyar la toma de decisiones de un Sistema Nacional de Salud en rápida evolución. La Ensanut debe apoyarse en esfuerzos de investigación de encuestas encaminados a resolver los retos que encara.

Miguel A. González Block, D en CS,⁽¹⁾

miguel.gonzalezblock@gmail.com

Alejandro Figueroa-Lara, MC,⁽²⁾

Leticia Ávila Burgos, D en CS,⁽³⁾

Dulce Alejandra Balandrán-Duarte, MSP,⁽⁴⁾

Belkis Aracena-Genao, MC,⁽³⁾

Lucero Cahuana-Hurtado, D en C,⁽³⁾

Carlos M. Guerrero-López, MC.⁽³⁾

⁽¹⁾ Cátedra PwC de Investigación en Sistemas de Salud, Universidad Anáhuac.

Huixquilucan, Estado de México, México.

⁽²⁾ Boston Scientific.

Ciudad de México, México.

⁽³⁾ Instituto Nacional de Salud Pública.

Cuernavaca, México.

⁽⁴⁾ Posgrado de Ciencias Sociomédicas,

UNAM, México.

Referencias

1. Gutiérrez JP, Rivera- J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
2. González Block MA. Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal. Ciudad de México: Funsalud, Consejo Promotor de Competitividad y Salud, 2015.
3. Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral a la Salud. Documento de Arranque. Ciudad de México: SSA, 2015.
4. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;74:511-544. <https://doi.org/10.2307/3350391>

Brote de Chikungunya en el estado de Sonora. El problema de las enfermedades febriles exantemáticas en regiones de clima seco

Sr. editor: La fiebre por Chikungunya (ChikF) es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes* que permaneció silente hasta el brote en 2005 en las islas del Océano Índico^{1,2} y que fue reportada en el Continente Americano en 2013, con una rápida diseminación a lo largo del mismo, incluyendo nuestro país.³ Diversos factores se han vinculado con su dispersión; uno de ellos es el cambio climático que origina la alternancia de lluvias abundantes con épocas de sequía. En ambos extremos, el mosquito transmisor ha mostrado capacidad de vivir adecuadamente. Sonora es, en esencia, una región de clima seco y semiseco, a pesar de que 34% de su territorio es de clima muy seco y semicálido.⁴ En estas condiciones, es probable que factores antropogénicos, más que ambientales, expliquen que Sonora sea desde hace dos décadas una región endémica de dengue, otra enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes*.

Antes del año 2015, Sonora estaba libre de la presencia de ChikF y los

pocos casos detectados eran importados. No obstante, las elevadas densidades del mosquito *Aedes aegypti*, las condiciones climáticas favorables y las deficiencias en el saneamiento básico auguraban la pronta introducción del virus, hecho que ocurrió ese año cuando se confirmaron por laboratorio 341 casos de infección por el virus, 97% de los cuales se debió a transmisión local.

La enfermedad se caracteriza por síntomas inespecíficos como fiebre, cefalea, mioartralgias intensas, exantema macular y signos de hemorragia,⁵ síntomas similares a los de otros padecimientos regionales como dengue y fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii* (FMRR), lo que dificulta la sospecha diagnóstica y el manejo médico. La importancia epidemiológica del virus de Chikungunya (ChikV) radica en que comparte vector con el virus del dengue, y no es rara la coinfección de ambos virus, sin que aún puedan determinarse con precisión sus repercusiones clínicas.⁶

Usualmente, ChikF tiene una evolución rápida y favorable, sin embargo, es posible la cronicidad de síntomas como las mialgias, artralgias y depresión, especialmente conforme la edad se incrementa. Esto puede afectar tanto la calidad de vida de los pacientes como su productividad laboral; por ejemplo, en Sonora, 79% de los casos con ChikF eran personas mayores de 18 años. Aunque sólo una pequeña proporción de pacientes puede tener síntomas severos,² en Sonora 6% de los casos mostró signos como hemorragia o fuga de líquidos, además de que ocurrió una defunción por ChikF en un paciente previamente sano.

Por otro lado, 95% de los casos se concentró en la ciudad de mayor tamaño poblacional del estado y 67% fue identificado en dos unidades de salud, lo que pudiera relacionarse con un limitado conocimiento del personal médico acerca de las manifestaciones de la enfermedad. Por

ello, es necesario fortalecer la educación médica acerca de datos clínicos y de laboratorio. En ese sentido, es necesario estandarizar el abordaje médico de la enfermedad febril exantemática, así como los algoritmos para la confirmación por laboratorio de ChikV. Esto podría mejorar el registro de la enfermedad, la capacidad diagnóstica y el manejo terapéutico, aspecto importante dado que no existe aún un tratamiento específico para contener al virus.

Jesús Delgado-de la Mora, L en Med,⁽¹⁾

Jesús David Licona-Enríquez, L en Med,⁽¹⁾

Gerardo Álvarez-Hernández, PhD.^(1,2)

galvarez@guayacan.uson.mx

⁽¹⁾ Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Sonora. Sonora, México.

⁽²⁾ Dirección General de Promoción a la Salud y Prevención de Enfermedades, Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. Sonora, México.

<https://doi.org/10.21149/7848>

Referencias

1. Leparc-Goffart I, Nougairède A, Cassadou S, Pratt C, de Lamballière X. Chikungunya in the Americas. *Lancet* 2014;383(9916):514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60185-9)
2. Renault P, Solet JL, Sissoko D, Balleydier E, Larrieu S, Filleul L, et al. A major epidemic of chikungunya virus infection on Reunion Island, France, 2005-2006. *Am J Trop Med Hyg* 2007;77(4):727-731.
3. Kautz TF, Díaz-González EE, Erasmus JH, Malo-García IR, Langsjoen RM, Patterson EL. Chikungunya virus as cause of febrile illness outbreak, Chiapas, Mexico, 2014. *Emerg Infect Dis* 2015;21(11):2070-2073. <https://doi.org/10.3201/eid2111.150546>
4. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Perspectiva estadística de Sonora, 2012 [consultado 09 de febrero de 2016]. Disponible en: www.inegi.org.mx
5. Renault P, Balleydier E, D'Ortenzio E, Bavière M, Filleul L. Epidemiology of chikungunya infection on Reunion Island, Mayotte and neighboring countries. *Med Maladies Infect* 2012;42(3):93-101. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2011.12.002>
6. Saswat T, Kumar A, Kumar S, Mamidi P, Muduli S, Debata NK, et al. High rates of co-infection of Dengue and Chikungunya virus in Odisha and Maharashtra, India during 2013. *Infect Genet Evol* 2015;35:134-141. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2015.08.006>