

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

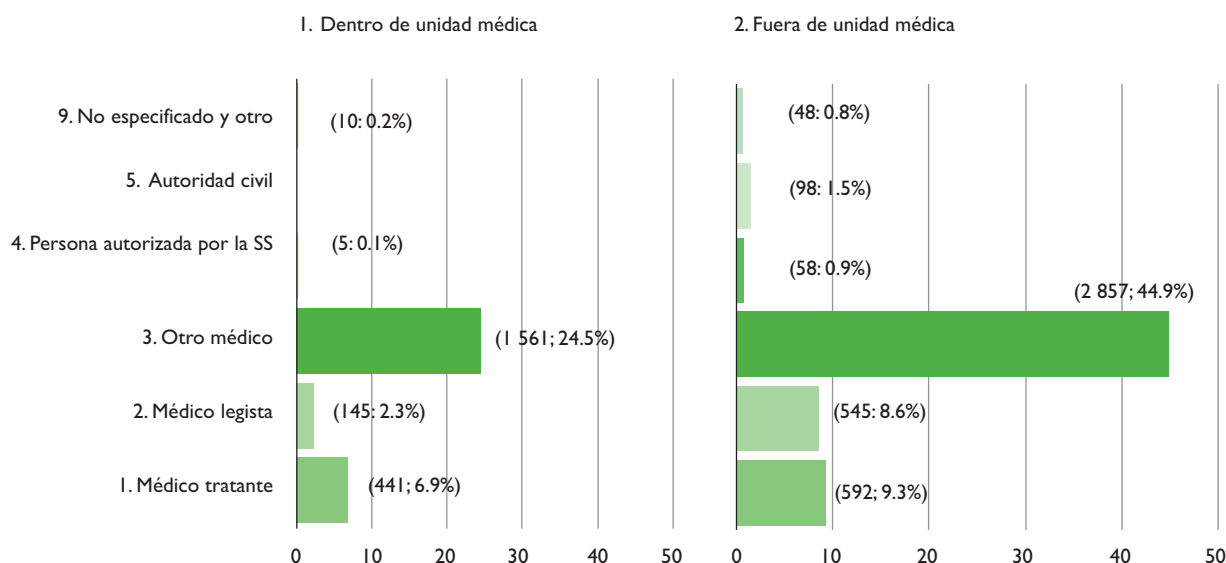
con VIH/sida sin seguridad social y las causas consignadas en los certificados de defunción.¹

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.

Evangeline 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

1. 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>
2. 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.