

Clin Invest Arterioscl. 2013;25(2):83-91. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2013.03.001>

4. González-Chávez A, Simental-Mendía LE, Elizondo-Argueta S. Relación triglicéridos/colesterol HDL elevada y resistencia a la insulina. Cir Cir. 2011;79:126-31.

Mortalidad materna y leyes de aborto en México: comentarios al artículo de Koch y colaboradores

Señor editor: Un estudio realizado por Koch y colaboradores que analizó la asociación entre la legislación de aborto y la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel estatal en México, concluyó que los estados con legislación restrictiva “muestran consistentemente menor RMM”.¹ El estudio presenta importantes sesgos y limitaciones:

Clasificación de los estados por estatus legislativo

El estudio clasifica a los estados de México como “mayor o menor permisivos” basándose en sus causales legales. Los autores asumieron arbitrariamente la causal malformación congénita para identificar a los estados mayormente permisivos (14 estados); no justifican adecuadamente esta clasificación ni analizan la implementación efectiva de la causal. Se ignora una clasificación obvia: la Ciudad de México despenalizó el aborto a demanda de la mujer, y ha realizado un número importante de interrupciones legales, comparada con los estados que sólo cuentan con causales limitadas y poco implementadas.

Fuente de datos para estimar RMM

Koch y colaboradores usaron los nacimientos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) como denominador de la RMM, ocasionando una subestimación de la misma. Diversas instituciones reportan los nacimientos en

México: el INEGI publica anualmente los nacimientos registrados en los registros civiles independientemente del año de ocurrencia.² El Subsistema de Información Sobre Nacimientos (Sinac) registra los nacimientos hospitalarios,³ pero no reporta los ocurridos fuera de los hospitales (4.4%).⁴ El Consejo Nacional de Población (Conapo) generó estimaciones corregidas.⁵ Al utilizar los nacimientos de INEGI se subestima la RMM y con los del Sinac se sobreestima; las estimaciones de Conapo arrojan una RMM intermedia.

Interpretación de la RMM según la residencia de la mujer y la ocurrencia de la defunción

La RMM se estima a partir del número de muertes maternas (numerador) y el número de nacimientos (denominador). Al considerar la residencia de la mujer, la defunción se contabiliza como muerte materna del estado. Al considerar la ocurrencia de la defunción, esa muerte materna contará para el estado en donde ocurrió. En la Ciudad de México se concentran los hospitales de alta especialidad, ahí se atienden casos internos y foráneos de alto riesgo. En 2010, el principal motivo de atención en pacientes foráneas atendidas en la Ciudad de México fueron las causas maternas. Koch no justifica este sesgo en sus estimaciones para la Ciudad de México.

Diseño del estudio

Los autores definen al estudio como “un experimento natural”; sin embargo, no justifican claramente el diseño, el tiempo y el tipo de la intervención. Las leyes de aborto en México no se distribuyen aleatoriamente, los autores no utilizan técnicas estadísticas para limpiar la endogeneidad en la asociación, ni asumen criterios sólidos de clasificación.

En un estudio previo⁶ replicamos el análisis de Koch y colaboradores y reanalizamos los datos usando los

criterios antes descritos. Los resultados nos llevaron a conclusiones diferentes a las de Koch y colaboradores. Identificamos que las leyes de aborto “más permisivas” no están asociadas con mayor RMM a nivel estatal. Se sugiere consultar dicha publicación para conocer con mayor detalle los resultados.

El impacto de los cambios en las leyes y en el acceso legal al aborto es un tema de gran relevancia en México y en el mundo. Establecer la causalidad entre las leyes y la mortalidad asociada con el aborto resulta complejo, sobre todo en contextos como el mexicano, en donde la mortalidad materna es baja. Hacemos un llamado a la comunidad académica para mejorar la información sobre el aborto, así como ampliar la investigación en el tema, estrictamente apegada a tres criterios: 1) transparencia, 2) reconocimiento de las limitaciones de los datos y 3) contextualización de los resultados.⁷

Biani Saavedra-Avendano, MSc,⁽¹⁾
Raffaella Schiavon, MD,⁽²⁾
Blair G Darney, PhD, MPH,^(1,3)
bgdarney@gmail.com

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Salud Pública.
Cuernavaca, Morelos, México.

⁽²⁾ Ipas-México. Ciudad de México, México.

⁽³⁾ Department of Obstetrics & Gynecology,
Oregon Health & Science University.
Portland, Oregon, USA.

<https://doi.org/10.21149/18973>

Referencias

1. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, et al. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open*. 2015;5(2):1-22. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006013>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Registros administrativos. Natalidad [internet]. Aguascalientes: Inegi, 2016 [citado febrero 9, 2017]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/registros/vitales/natalidad/default.aspx>
3. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. [internet]. SINAC: Subsistema de Información sobre Nacimientos.

tema de Información sobre Nacimientos. Ciudad de México: SSA; 2015 [aprox 2 pantallas] [citado febrero 9, 2017]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sinac.html

4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [internet]. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Ciudad de México: Inegi, c2014 [citado febrero 9, 2017]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/default.aspx>

5. Consejo Nacional de Población [internet]. Proyecciones de la Población 2010-2030. Datos de Proyecciones. Ciudad de México: Conapo [citado febrero 9, 2017]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

6. Darney BG, Saavedra-Avendano B, Lozano R. Maintaining rigor in research: Flaws in a recent study and a re-analysis of the relationship between state abortion laws and maternal mortality in Mexico. *Contraception*. 2017;95(1):105-11. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.08.004>

7. Gerds C, Tuncalp O, Johnston H, Ganatra B. Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities. *Reprod Health*. 2015;12:87. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0064-1>

Dilema ético: el caso de la huelga de hambre

Señor editor: El Departamento de Derechos Humanos del Colegio Médico de Chile acompañó la huelga de hambre de cuatro imputados por el caso "Iglesia" en Temuco-Chile. Esta situación de conmoción para los observantes de los derechos humanos (DDHH) motiva la presente reflexión.

El caso de la huelga de hambre se ha discutido con soporte ético en el convenio de Malta adoptado por la 43° Asamblea Médica Mundial (AMM) y revisado por la 57° AMM, en Sudáfrica, en 2006.¹

La huelga de hambre es una medida extrema. Las personas que se encuentran detenidas deciden libre y conscientemente dejar de alimentarse con el objetivo de reivindicar algún derecho frente a las autoridades. Se trata de personas que no quieren morir pero que ofrecen su vida por objetivos superiores.

¿Cómo cuidarlas sin intervenir en su demanda social? Cuidar es vida: todas las culturas desarrollan

normas de cuidado. Para Boff,² cuidar es entretener una relación cariñosa con la realidad y con cada ser de la creación. La ONU³ señala que las tareas de cuidado posibilitan el desarrollo humano pues actúan como medio para satisfacer las necesidades del hombre y, con ello, optimizar los recursos disponibles y posibilitar el reconocimiento y aprecio que todo ser humano requiere para su desarrollo.

En el ámbito sanitario, el cuidado es parte fundamental de la relación para promover, proteger o restaurar la salud. Un viejo aforismo dice "en salud se cura a veces, pero siempre se cuida". Así, el cuidado que acompaña las actividades de asistencia introduce valores en las decisiones e incrementa la calidad de la atención.⁴ La salud traspasa el ámbito sanitario y se convierte en un bien público y político: más que la *ausencia de enfermedades*, la entendemos como un derecho. Las culturas ancestrales hablan del buen vivir, cada uno consigo mismo, con los otros y con el entorno.

La ética del cuidado,⁵ basada en la teoría intersubjetiva del desarrollo moral, posiciona el bien de las personas en una relación que respeta la alteridad y las emociones humanas: responsabilidad con el otro, alteridad con el legítimo otro, vuelco a la mismidad para redescubrir que el otro es un ser vulnerable; su fragilidad requiere la pronta respuesta profesional.

El dilema es encontrar el equilibrio entre la autonomía del huelguista y el mayor bienestar posible; evitar el daño disminuyendo al mínimo el riesgo de la salud del demandante sin forzar ni presionar el término del ayuno. La convención establece que la alimentación forzada nunca es éticamente aceptable pues degrada la decisión del huelguista.

Sociedades basadas en leyes injustas generan respuestas extremas. La ética del cuidado nos recuerda que la humanidad tiene el don de cuidar. Los problemas de las minorías son problema de las mayorías.

Jeanette Pérez-Jiménez, D en C Educ.⁽¹⁾
jeperetz@uct.cl

⁽¹⁾ Facultad de Ciencias Religiosas y Filosofía, Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile.

<https://doi.org/10.21149/9138>

Referencias

1. Colegio Médico de Chile. Informe de evaluación médica en el CCP de Temuco. Temuco: Colegio Médico de Chile, 2017.
2. Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Editorial Trotta, 2002.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: PBM Graphics, 2015.
4. Gracia D. Calidad y Excelencia en el Cuidado de la Salud. En: Lolas F (comp.). Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos. Serie Publicaciones 2000 División de Salud y Desarrollo Humano Organización Panamericana de la Salud. Santiago: LOM Ediciones, 2000.
5. Gilligan C. La ética del cuidado. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas, 2013.

Prevalence and risk factors of pediculosis in children of the Lacandon Jungle in Chiapas, Mexico

Dear editor: The head louse, *Pediculus humanus capitis*, has been linked to humans for thousands of years and even today affects millions of people.¹ Per general is not considered a major disease.² Personal characteristics, socioeconomic and cultural conditions and the development of insecticide resistance have also influenced the spread of this disease.³ In Mexico, there are only a few studies about the topic or its relation to *Rickettsia* transmission, with emphasis on body lice surveillance.⁴ A cross sectional study was carried out in Lacanja Chansayab, in Lacandon Jungle of Chiapas, from May to June 2015. The community has a population of 379 inhabitants, whom at least 68 are children of 6 to 14 years old. The sample size was obtained with IC95%. 54 children were included. Homes were