

para la medición y diseño de intervenciones terapéuticas.³ Dado que la versión corta se ajusta a las características particulares de las pacientes mexicanas con CaMa, se recomienda su uso para fines clínicos. Si se pretende utilizar en el ámbito de investigación, se sugiere la versión original que favorece la validez externa.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Laura Ramírez-Zamora, al Dr. Erik Mateos-Salgado y al Ing. Jaime León Santamaría por su apoyo con la traducción del instrumento.

Carmen Lizette Gálvez-Hernández, D en Psic,⁽¹⁻³⁾
 Liliana Rivera-Fong, M en Psic,⁽⁴⁾
 Ángela Virginia Linares-Buitrón, Pasante de Psic,⁽⁴⁾
 Sergio Zapata-Barrera, Pasante de Psic,⁽⁴⁾
 Alejandro Mohar-Betancourt, D en Epidem,^(2,3)
 Nazira Calleja, D en Psic,⁽⁴⁾
 Cynthia Villarreal-Garza, D en C.^(2,3,5)
 cynthiavg@gmail.com

⁽¹⁾ Cátedra-Conacyt, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México.

⁽²⁾ Joven y Fuerte: Programa para la Atención e Investigación de Mujeres Jóvenes con Cáncer de Mama, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México.

⁽³⁾ Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México.

⁽⁴⁾ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

⁽⁵⁾ Centro de Cáncer de Mama, Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico de Monterrey. San Pedro Garza García, Nuevo León.

<https://doi.org/10.21149/9191>

Referencias

1. Villarreal-Garza C, Aguila C, Magallanes-Hoyos MC, Mohar A, Bargalló E, Meneses A, et al. Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *The Oncologist*. 2013;18:1298-306.
 2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-386.
 3. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Netherlands: Leiden University, 2002.

4. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ Dif*. 2006;41:1045-53.

5. Kraaij V, van der Veek SMC, Garnefski N, Schroevers M, Witlox R, Maes S. Coping, Goal Adjustment, and Psychological Well-Being in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22(5):395-402.

Características de la migración de retorno a México por motivos de salud, 2014-2016

Señor editor: Los mexicanos que viven en Estados Unidos de América (EUA) enfrentan obstáculos para el acceso a servicios de salud.¹ Una estrategia frente a estos obstáculos es volver a México de manera temporal para atenderse.² Aunque se ha descrito este fenómeno en términos del uso de servicios de salud,³⁻⁵ especialmente en la frontera, nunca se ha caracterizado la población de migrantes que regresa por motivos de salud al interior de México. Se usaron datos de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF-N) de 2014-2016, la cual caracteriza en forma representativa los flujos migratorios anuales entre México y EUA.⁶ La muestra para este análisis incluye a personas nacidas en México ≥ 18 años que dijeron vivir en EUA y viajar a México voluntariamente, y que respondieron a la pregunta "Principalmente, ¿por cuál razón regresa usted a México?" con la opción "motivos de salud."

Según la EMIF-N, en 2014-2016 2.4% de los regresos voluntarios a México se debieron a motivos de salud (cuadro I). La mayoría de estas personas era de edad media, de sexo masculino, casada o en unión libre, no había aprobado la preparatoria o *high school*, hablaba un nivel de inglés regular o mejor, no hablaba un idioma indígena, no tenía empleo en EUA, no pensaba trabajar o buscar trabajo en México y era jefe del hogar.

En términos de características migratorias, la mayoría era residente legal en EUA, más de la mitad se dirigía al centro-occidente del país y la mayoría se dirigía al estado donde nació. La mayoría tenía seguro de salud en EUA y pocos tenían seguro de salud en México. Una minoría había recibido atención médica recientemente en EUA. A pesar de volver a México por motivos de salud, la mayoría tenía un estado de salud autopercebido como bueno o muy bueno.

Este análisis plantea algunas preguntas importantes. Primero, ¿por qué y para qué regresan estos migrantes? No está muy clara la razón, especialmente si la mayoría tenía algún seguro de salud en EUA. Una posible respuesta es que en EUA tener seguro de salud no necesariamente implica que la atención médica sea gratis o de bajo costo. Aunque la dificultad en hablar inglés puede actuar como barrera al uso de servicios de salud en EUA, la mayoría de los encuestados afirmó que hablaba inglés a nivel regular o mejor, lo cual quitaría importancia al idioma. Segundo, ¿cómo afecta la incapacidad de volver a México por motivos de salud a los indocumentados en EUA? La población de esta encuesta, la mayoría residentes legales con seguro de salud en EUA, parece muy diferente a la población general de mexicanos en EUA, que incluye una gran población indocumentada. Se sabe que los indocumentados tienen menor acceso a servicios de salud en EUA¹ y no pueden regresar a México fácilmente de manera temporal como los residentes legales.

Se recomienda profundizar en el estudio de esta población, con el fin de guiar al sistema de salud mexicano en la atención de estos migrantes.

Matthew L Romo, PharmD, MPH,⁽¹⁾
 Ietza Bojórquez-Chapela, PhD,⁽²⁾
 ietzabch@cofemx

⁽¹⁾ Department of Epidemiology and Biostatistics, Institute for Implementation Science in Population

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y MIGRATORIAS, ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD, Y ESTADO DE SALUD DE MEXICANOS RESIDENTES EN EUA QUE REGRESARON POR MOTIVOS DE SALUD, 2014-2016

	Número de personas encuestadas	Número de personas expandido	Proporción	IC95%
Mexicanos residentes en EUA que regresaron a México voluntariamente*	20 863	2 392 184	–	–
Mexicanos que regresaron por motivos de salud	299	57 431	2.4	1.8-3.0
Grupo de edad				
18 a 39 años	69	13 747	23.9	14.8-33.1
40 a 59 años	150	31 398	54.7	44.6-64.7
≥60 años	80	12 286	21.4	13.8-29.0
Sexo				
Masculino	193	42 290	73.6	65.1-82.2
Femenino	106	15 141	26.4	17.8-34.9
Estado civil				
Casado, unión libre	253	51 242	89.2	84.4-94.1
Separado, divorciado, viudo, soltero	46	6 189	10.8	5.9-15.6
Estudios de preparatoria, <i>high school</i> o superior	53	8 536	14.9	9.0-20.7
Nivel de inglés				
Regular, bueno, muy bueno	190	43 203	75.2	68.2-82.2
Malo, muy malo, o no habla inglés	109	14 228	24.8	17.8-31.8
Habla un idioma indígena	5	564	1.0	0.1-1.9
Tiene empleo actualmente en EUA	52	7 045	12.3	6.6-17.9
Piensa trabajar o buscar trabajo en México	5	600	1.0	0.0-2.3
Jefe del hogar	201	44 049	76.7	69.5-83.9
Estado migratorio en EUA				
Ciudadano de EUA	99	14 357	25.0	17.4-32.6
Residente permanente	172	39 879	69.4	61.0-77.9
Visa no migrante	6	693	1.2	0.0-2.5
Indocumentado	22	2 502	4.4	2.1-6.6
Se dirige al estado donde nació	235	49 169	85.6	80.4-90.8
Región en México a donde se dirige [‡]				
Centro	36	6 042	10.5	6.0-15.1
Centro-occidente	180	32 206	56.2	46.2-66.3
Norte	71	17 083	29.8	19.2-40.5
Sur-sureste	9	1 946	3.4	0.1-6.7
Tiene seguro de salud en EUA	205	39 203	68.4	57.4-79.3
Tipo de seguro de salud en EUA				
Medicare	71	15 073	26.3	15.5-37.1
Medicaid	63	7 818	13.6	9.0-18.3
Privado a través del empleador	83	14 857	25.9	14.9-37.0
Otro	22	5 791	10.1	0.1-20.1
Tiene seguro de salud en México	70	8 421	14.7	9.8-19.6
Tipo de seguro de salud en México				
IMSS	13	1 557	2.7	0.8-4.6
ISSSTE/Seguro Estatal	0	-	-	-
Seguro Popular	35	4 283	7.5	4.2-10.8
Privado	21	2 459	4.3	2.1-6.5
Otro	1	134	0.2	0.0-0.7
Recibió atención médica recientemente en EUA [§]	106	12 707	22.2	15.5-28.8
Estado de salud autopercebido				
Bueno, muy bueno	183	42 661	74.3	66.6-82.0
Regular, mal, muy malo	116	14 770	25.7	18.0-33.4

* Sólo incluye los que respondieron a la pregunta sobre razón de viajar a México; 6 089 (16%) de los 38 496 encuestados ≥18 años que viven en EUA no tenían datos para esta pregunta

‡ Centro: Estado de México, Distrito Federal, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala
 Centro-Occidente: Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas
 Norte: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas
 Sur-Sureste: Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Yucatán

§ En 2014 y 2015 se preguntó si el encuestado recibió atención médica/atención a la salud durante su última estancia en EUA. En 2016 se preguntó si el encuestado recibió atención médica en los últimos 12 meses durante su estancia en EUA

EUA: Estados Unidos de América

IC: intervalo de confianza

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Health, City University of New York (CUNY).

Nueva York, Estados Unidos de América.

⁽²⁾ Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, Baja California, México.

<https://doi.org/10.21149/9135>

Referencias

1. Ortega AN, Fang H, Perez VH, Rizzo JA, Carter-Pokras O, Wallace SP, et al. Health care access, use of services, and experiences among undocumented Mexicans and other Latinos. *Arch Intern Med.* 2007;167:2354-60. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.21.2354>
2. Gonzalez-Vazquez TT, Torres-Robles CA, Pelcastre-Villafuerte BE. Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Salud Publica Mex.* 2013;55(Suppl 4):S477-S84. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s4.5152>
3. Wallace SP, Mendez-Luck C, Castaneda X. Heading south: why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Med Care.* 2009;47:662-9. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318190cc95>
4. Gonzalez-Block MA, de la Sierra-de la Vega LA. Hospital utilization by Mexican migrants returning to Mexico due to health needs. *BMC Public Health.* 2011;11:241. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-241>
5. Bastida E, Brown HS 3rd, Pagan JA. Persistent disparities in the use of health care along the US-Mexico border: an ecological perspective. *Am J Public Health.* 2008;98:1987-95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114447>
6. El Colegio de la Frontera Norte, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Consejo Nacional de Población, Unidad de Política Migratoria, Secretaría de Relaciones Exteriores, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Secretaría de Desarrollo Social [sitio de internet]. Encuestas sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur de México. [citado septiembre 12, 2017]. Disponible en: <https://www.colef.mx/emif/>

Evaluación del Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) en el estado de Morelos, México

Señor editor: En 2013 el VIH/ sida ocupó el lugar 20 en mortalidad general en México;¹ en 1997 se implementó la estrategia de atención médica integral para personas seropositivas con seguridad social y en 2003 comenzó

a brindarse el tratamiento antirretroviral a través del Seguro Popular a quienes no lo tenían.²

Por su importancia social y el alto costo de los medicamentos, se desarrolló el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), cuyo objetivo es automatizar la adquisición y distribución de medicamentos para la atención gratuita de personas beneficiarias del Seguro Popular.³ Sin embargo, hasta 2014, éste no había sido evaluado y, por lo tanto, no era posible determinar si alcanzaba los objetivos planteados de acuerdo con los indicadores calculados y la información generada para la toma de decisiones.⁴

Aquí se presenta una de las primeras evaluaciones al SALVAR, mediante el marco de evaluación del desempeño de los sistemas rutinarios de información en salud (PRISM, por sus siglas en inglés).⁵ Este marco evalúa la calidad y uso de la información y, adicionalmente, los determinantes técnicos, organizacionales y de comportamiento. La metodología consta de cinco cuestionarios, adecuados al SALVAR, aplicados mediante entrevista estructurada al personal de los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits), del Servicio de Atención Integral Hospitalaria (SAIH) y del Programa Estatal de VIH/ sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) involucrado con el sistema en Morelos, en un total de cuatro instituciones y diez personas.

El SALVAR se considera una fuente confiable de información con una integridad de 75.0%, oportunidad de 97.0% y precisión de 100.0%. Sin embargo, es necesario mejorar las competencias de los tomadores de decisiones, pues alcanzaron niveles bajos en uso de la información para elaborar reportes (65.5%), análisis (57.5%), difusión de resultados (61.0%) y discusión (68.0%).

En los factores técnicos, la in-

fraestructura fue adecuada, ya que fue usual tener computadora y acceso a Internet para actualizar los datos.

Para el recurso humano se observaron niveles adecuados de competencias autopercebidas (75.2%) para realizar actividades (calcular, graficar, analizar o tomar decisiones); empero, al evaluarlas fueron más bajas (58.4%).

Las puntuaciones obtenidas para los factores organizacionales fueron: 66.0% cultura de la información; 62.0% empoderamiento; 53.0% retroalimentación; 72.1% compromiso y responsabilidad; 38.0% capacitación y 27.8% supervisión; para el contenido de los formatos, se obtuvo 32.0% y, para transmisión de datos a diferentes niveles, 93.3%.

Con estos resultados, sugerimos establecer una capacitación continua al personal involucrado en el manejo del SALVAR y el análisis de la información y fortalecer un programa de supervisión con una lista estructurada de revisión de funciones: generación, recolección, transmisión, análisis y uso de la información; activar la organización y comunicación entre los centros de atención; organizar reuniones periódicas para discutir y retroalimentar al personal; generar planes a corto y mediano plazo para el sistema, y vigilar la consistencia y cobertura del Programa. La metodología aplicada demostró ser útil para evaluar y monitorear constantemente el Programa Estatal de VIH/Sida e ITS en Morelos, por lo que se propone una evaluación a nivel federal.

Diana Molina-Vélez, MSP,⁽¹⁾

Jorge Montes-Alvarado, M Admon Hosp,⁽¹⁾

Norma Beatriz García-Fuentes, L Enf,⁽²⁾

Juan Eugenio Hernández-Ávila, D Epidemiol,⁽¹⁾

Berta Alicia Carrillo-Quiroz, M Parasitol Anim,⁽¹⁾

Lina Sofía Palacio-Mejía, D Est Pobl,⁽¹⁾

lpalacio@insp.mx

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Salud Pública.

Cuernavaca, Morelos.

⁽²⁾ Programa VIH/Sida e ITS, Servicios de Salud de Morelos. Cuernavaca, Morelos.

<https://doi.org/10.21149/9284>