

Día a día, evidenciamos cómo los sistemas de salud se encuentran invadidos por diferentes formas de corrupción,<sup>1</sup> por lo cual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra promoviendo una estrategia de salud pública coordinada con otras organizaciones internacionales. El objetivo de esta estrategia es crear un modelo que garantice un adecuado control interno de los recursos destinados a la salud, mediante el establecimiento de sistemas externos de vigilancia con la capacidad de localizar y criminalizar la corrupción.<sup>5</sup>

Recientemente, el interés global en el tema de la corrupción en salud ha llegado a algunas de las revistas científicas más importantes del mundo, como *BMC Medicine*,<sup>2</sup> *The Lancet*,<sup>3</sup> *International Journal of Health Policy and Management*<sup>4</sup> e incluso ameritó una edición completa de la revista *Global Health Action*.<sup>5</sup> Por esta razón, América Latina debe acudir al llamado internacional, mediante investigación y estrategias de políticas públicas que contribuyan al control de esta “pandemia ignorada” que se encuentra inmersa en los sistemas de salud.

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

Jorge A Sánchez-Duque, L en Med,<sup>(1,2)</sup>  
jorandsanchez@utp.edu.co

Juliana Villanueva-Bedoya, L en Periodismo,<sup>(3)</sup>  
María Fernanda Alzate, L en Der.<sup>(4)</sup>

(1) Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

(2) Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

(3) Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia.

(4) Semillero de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad Libre Seccional Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.

<https://doi.org/10.21149/11229>

## Referencias

1. Mackey T, Kohler J, Lewis M, Vian T. Combating corruption in global health. *Sci Transl Med*. 2017;9(402):eaaf9547. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aaf9547>
2. Mackey TK, Kohler JC, Savedoff WD, Vogl F, Lewis M, Sale J, et al. The disease of corruption: views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals. *BMC Med*. 2016;14(149):1-16. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0696-1>
3. García PJ. Corruption in global health: the open secret. *Lancet*. 2019;394(10214):2119-24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9)
4. Hutchinson E, Balabanova D, McKee M. We need to talk about corruption in health systems. *Int J Health Policy Manag*. 2019;8(4):191-4. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.123>
5. Koller T, Clarke D, Vian T. Promoting anti-corruption, transparency and accountability to achieve universal health coverage. *Glob Health Action*. 2020;13(supl 1):1700660. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1700660>

## Cambios epidemiológicos del cáncer pulmonar en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en relación con una serie histórica

*Señor editor:* El presente manuscrito informa sobre los resultados obtenidos en nuestro estudio retrospectivo observacional, de manera que se comparan cambios epidemiológicos del cáncer pulmonar (CP) en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

En un estudio realizado de 1970 a 1990 se analizaron 923 pacientes, 66% hombres y 34% mujeres, lo que dio como resultado una relación de 1.95:1 que predominó en la séptima década de la vida en ambos grupos,<sup>1</sup> a diferencia de lo observado de 2005 a 2015, en donde se estudiaron 383 pacientes, 53% hombres y 47% mujeres, que dio como resultado una relación 1.2:1. La edad media fue de 67 ± 11 años, en

la que se observó un incremento del sexo femenino con respecto a décadas anteriores.

En la serie histórica, se analizó el tabaquismo en 655 (71%) pacientes: 545 (83%) hombres y 110 (17%) mujeres. En la serie actual, el tabaquismo positivo se analizó en 186 (49%) pacientes: 120 (65%) hombres y 66 (35%) mujeres. También se analizó el índice acumulado de paquete/año 65 ± 31, y se encontró un incremento en el sexo femenino, a diferencia de series donde las mujeres tienen mayor probabilidad de ser no fumadoras, exposición a humo de leña, mutaciones en el gen EGFR y mejor sobrevida.<sup>2</sup>

En la clasificación TNM, en ambas series, se encontró 90% en estadios III y IV, fuera de tratamiento quirúrgico. Esto se explica debido a que la población de estudio tiene alta marginación: la mayoría pertenece a localidades rurales (70%), tiene una baja escolaridad (83%) e inequidad en servicios médicos. A esto se le suma que las personas acuden tardíamente al médico, cuando la enfermedad tiene un estado avanzado.

De 1971 a 1990, la estirpe histológica predominante fue epidermoide, seguida de adenocarcinoma; mientras que de 2005 a 2015 el tipo histológico fue adenocarcinoma (61%) seguido de epidermoide (29%). Ambas se presentaron en hombres fumadores.

El análisis comparativo confirma un cambio en la distribución de las estirpes histológicas en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, así como en otros institutos nacionales de salud: hay un incremento de adenocarcinoma y disminución del carcinoma epidermoide. Lo anterior se explica por el aumento de mujeres fumadoras, sin embargo, el elevado porcentaje de adenocarcinoma entre mujeres no fumadoras obliga a profundizar en otros carcinógenos además de los contenidos en el tabaco.<sup>3</sup>

Se recomiendan estrategias para disminuir el CP, entre las que destacan el control del tabaco, la disminución de la exposición al humo de leña, diagnósticos oportunos, acceso a nuevos tratamientos, cobertura en salud equitativa, vigilancia a grupos vulnerables y personas de la tercera edad, así como incluir al CP en las intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.<sup>4,5</sup>

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

Alejandro Hernández-Solis, M en C,<sup>(1)</sup>  
drhernandezsolis@yahoo.com.mx

Francisco Navarro-Reynoso, M en Admin,<sup>(2)</sup>  
Kevin Cruz-Muñoz, MC.<sup>(3)</sup>

(1) Servicio de Neumología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México.

(2) Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México, México.

(3) Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/11409>

## Referencias

1. Ramírez E, Cicero R, Zúñiga G, Novelo V, Navarro F, Casanova JM. El cáncer broncogénico en el Hospital General de México. Estudio de dos décadas. *Salud Publica Mex.* 1995;37(2):155-61.
2. Rodríguez-Lara V, Ramírez-Tirado LA, Barrón F, Zatarain-Barrón ZL, Flores-Estrada D, Arrieta O. Characteristics of non-small cell lung cancer: differences by sex and hormonal status in a Mexican population. *Salud Publica Mex.* 2019;61(3):265-75. <https://doi.org/10.21149/10094>
3. Medina F, Salazar-Flores M. Frecuencia y patrón cambiante del cáncer pulmonar en México. *Salud Publica Mex.* 2000;42(4):333-6.

4. Ramírez-Tirado LA, Uribe-Ortiz CE, Arrieta O, Tirado-Gómez LL. Lung cancer mortality and municipal marginalization in Mexico, 1998-2016. *Salud Publica Mex.* 2019;61(3):249-56. <https://doi.org/10.21149/10083>
5. Arroyo-Hernández M, Zinser-Sierra JW, Vázquez-García JC. Detección temprana de cáncer de pulmón en México. *Salud Publica Mex.* 2019;61(3):347-51. <https://doi.org/10.21149/10326>