

A LA COMUNIDAD DEL INCAN Y A LA SOCIEDAD EN GENERAL.

En ejercicio de mis derechos constitucionales, incluyendo la libertad de expresión, y con absoluto respeto a las garantías consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, me dirijo a ustedes para informarles que he sido denunciado por el Dr. Oscar Gerardo Arrieta ante el Comité de Ética Hospitalaria, la Junta de Honor del Sistema Nacional de Investigadores e Investigadoras del Conacyt, y la Junta de Honor del Sistema Institucional de Investigadores de la Secretaría de Salud. Estas denuncias incluyen acusaciones de acoso cibernético, laboral, académico y científico.

Debo destacar que cuento con los elementos que sustentan la denuncia en donde se describen eventos relacionados a actuación bajo conflicto de interés.

Lo anterior en un archivo de 116 páginas bajo los siguientes rubros:

1. Artículos con mediana de supervivencia errónea
2. Artículos en donde la supervivencia libre de progresión (PFS) es mayor que la supervivencia global (OS)
3. Artículos con otros errores "graves"
4. Elementos relacionados a actuación bajo conflicto de interés

Reconozco plenamente el derecho del Dr. Arrieta a presentar estas denuncias, así como el papel de las autoridades correspondientes en analizar los hechos y emitir un veredicto conforme a derecho.

Sin embargo, como científico comprometido con la integridad académica y como médico dedicado al bienestar de los pacientes, considero fundamental compartir con ustedes que en la documentación mencionada, expongo irregularidades de índole académica y científica, así como aspectos preocupantes sobre la transparencia en el manejo de recursos destinados a terceros y situaciones que sugieren posibles conflictos de interés por parte del Dr. Arrieta. Para mayor claridad y análisis, también incluyo los artículos en cuestión, con el objetivo de fomentar un debate basado en evidencia y transparencia.

Sé que este tema puede generar opiniones diversas y, por ello, deseo expresar mis más sinceras disculpas a quienes consideren que mi actuar afecta el prestigio de nuestra querida Institución. No obstante, desde mi perspectiva, el verdadero riesgo para su reputación radica en la falta de integridad científica, la opacidad en el manejo de recursos, los conflictos de interés no aclarados y, sobre todo, en el silencio de la comunidad ante estos hechos.

Creo firmemente que, más allá de la lealtad a las personas o a las instituciones, nuestra principal lealtad debe ser con nuestras convicciones, la ética y la verdad. Solo así podremos garantizar un entorno académico y profesional basado en la transparencia, la honestidad y el compromiso con la ciencia y la sociedad.

Atentamente,

Alfonso Dueñas González

EVIDENCIAS

ELEMENTOS DE LA DENUNCIA

1. ARTÍCULOS CON MEDIANA DE SUPERVIVENCIA ERRÓNEA

2. ARTÍCULOS EN DONDE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESION (PFS) ES MAYOR QUE LA SUPERVIVENCIA GLOBAL (OS)

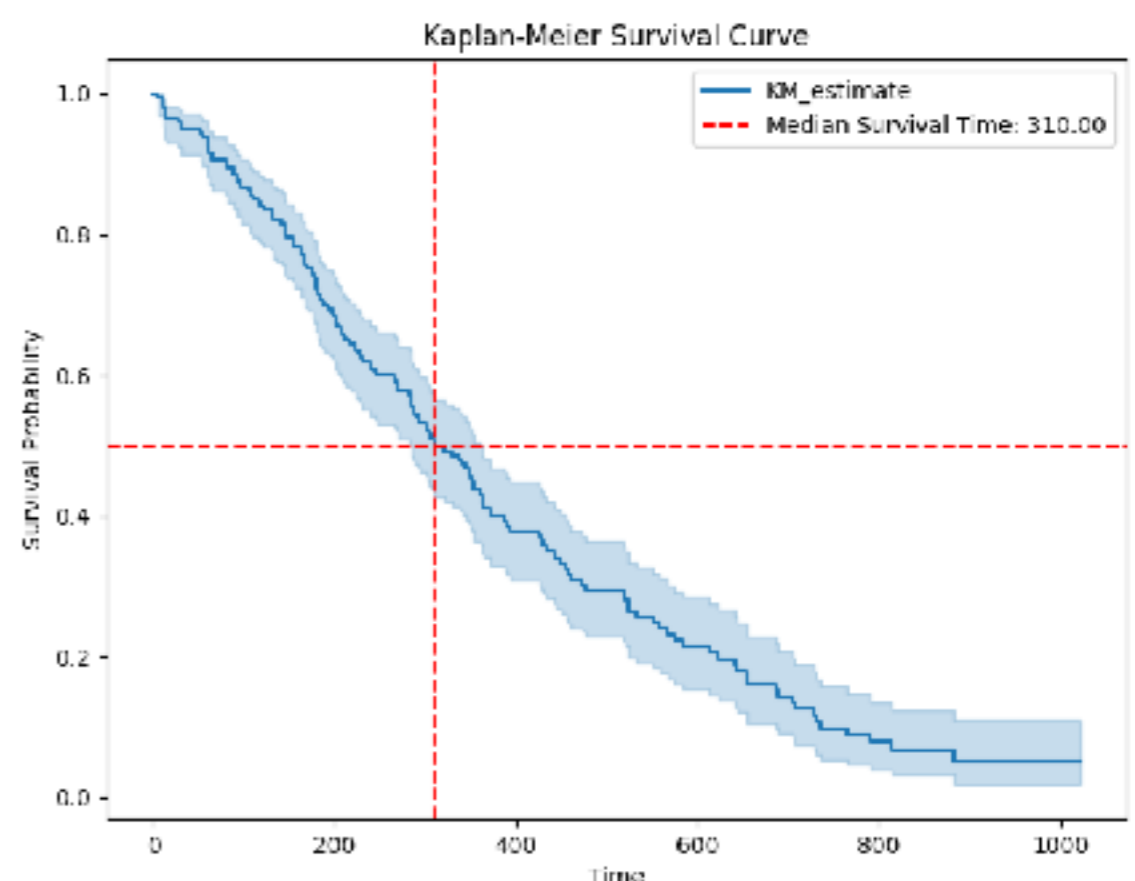
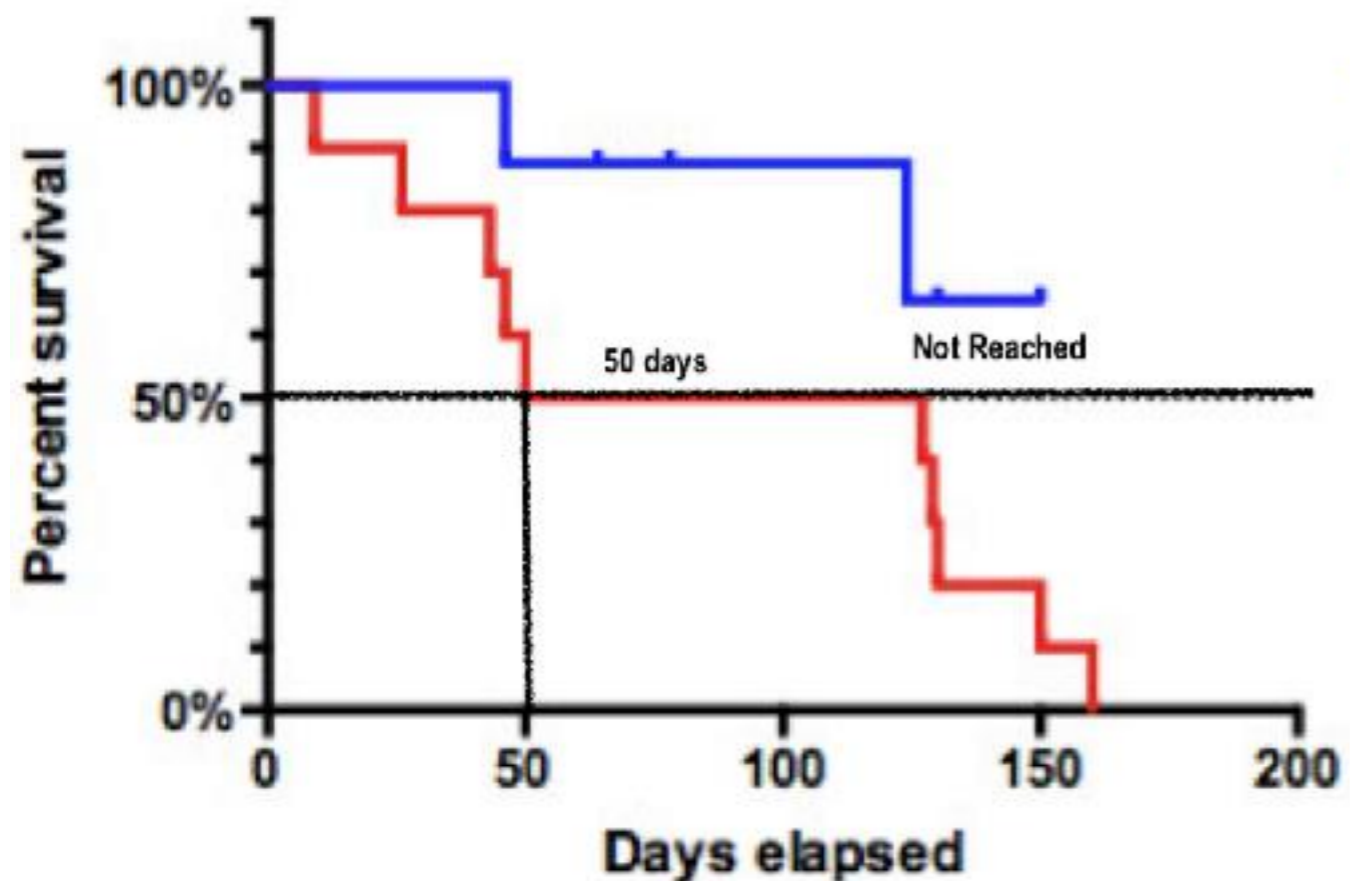
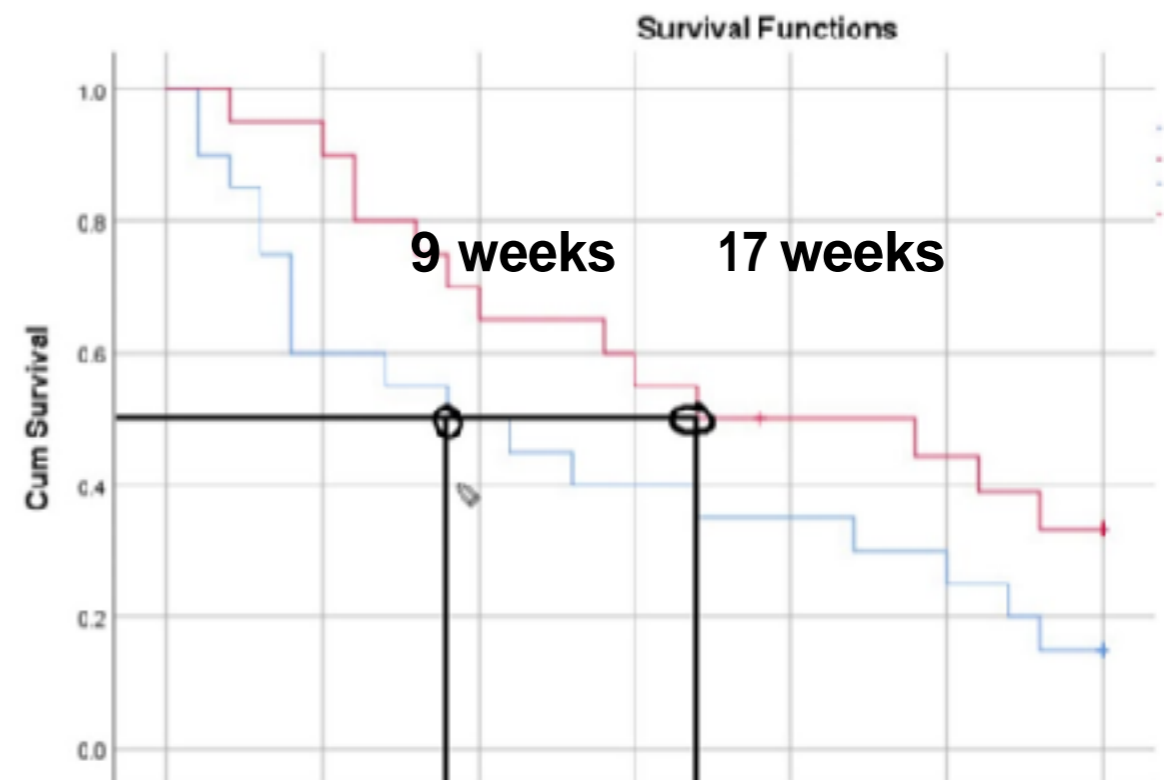
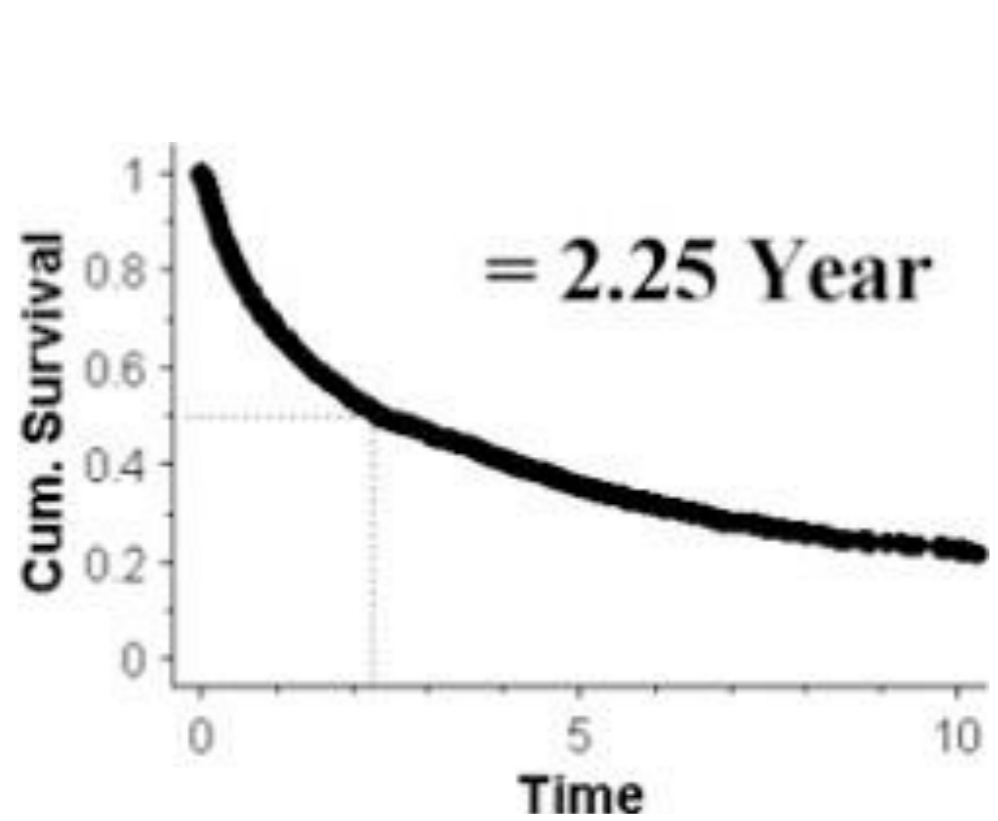
3. ARTÍCULOS CON "OTROS" ERRORES GRAVES

4. ELEMENTOS RELACIONADOS A ACTUACIÓN BAJO CONFLICTOS DE INTERÉS

9 Febrero 2024.

1. ARTÍCULOS CON MEDIANA DE SUPERVIVENCIA ERRÓNEA

The median survival time is the time it takes for 50% of patients to have died or progression event



Research article

Open Access**Clinical and pathologic factors associated with survival in young adult patients with fibrolamellar hepatocarcinoma**Laura E Moreno-Luna^{†1}, Oscar Arrieta^{*2,3}, Jorge García-Leiva^{†1},
Braulio Martínez^{†4}, Aldo Torre^{†1}, Misael Uribe^{†1} and Eucario León-
Rodríguez^{†3,5}

Address: ¹Department of Gastroenterology, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), Mexico City, Mexico, ²Department of Medical Oncology, Instituto Nacional de Cancerología (INCan), Mexico City, Mexico, ³Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Mexico City, Mexico, ⁴Department of Pathology, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), Mexico City, Mexico and ⁵Department Hemato-Oncology, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), Mexico City, Mexico

Email: Laura E Moreno-Luna - laura_moreno@hotmail.com; Oscar Arrieta* - ogar@servidor.unam.mx; Jorge García-Leiva - drjorgegl@yahoo.com; Braulio Martínez - brauliom77@yahoo.com.mx; Aldo Torre - detoal@yahoo.com; Misael Uribe - lemlogar@hotmail.com; Eucario León-Rodríguez - oncologiaincmnsz@yahoo.com.mx

* Corresponding author †Equal contributors

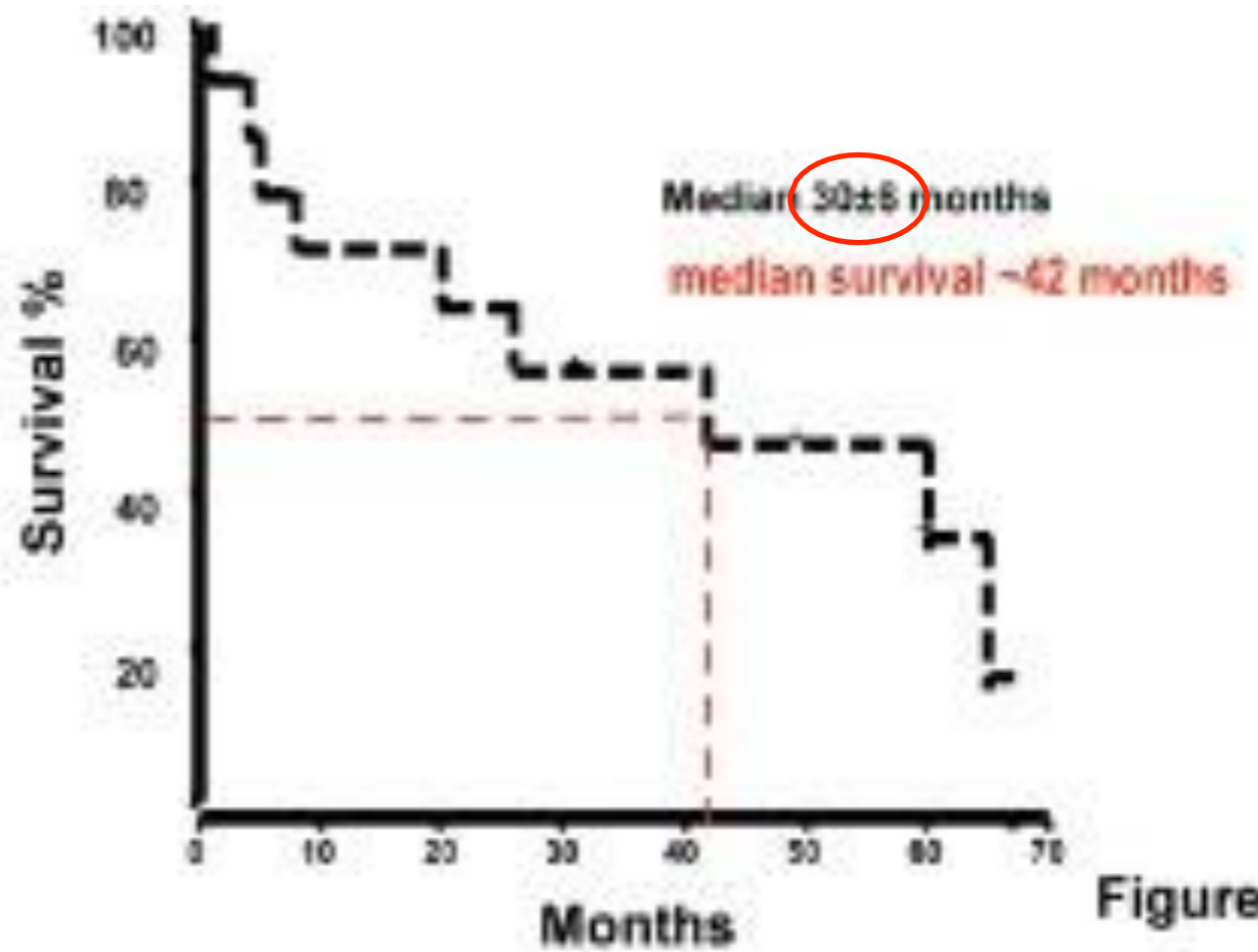
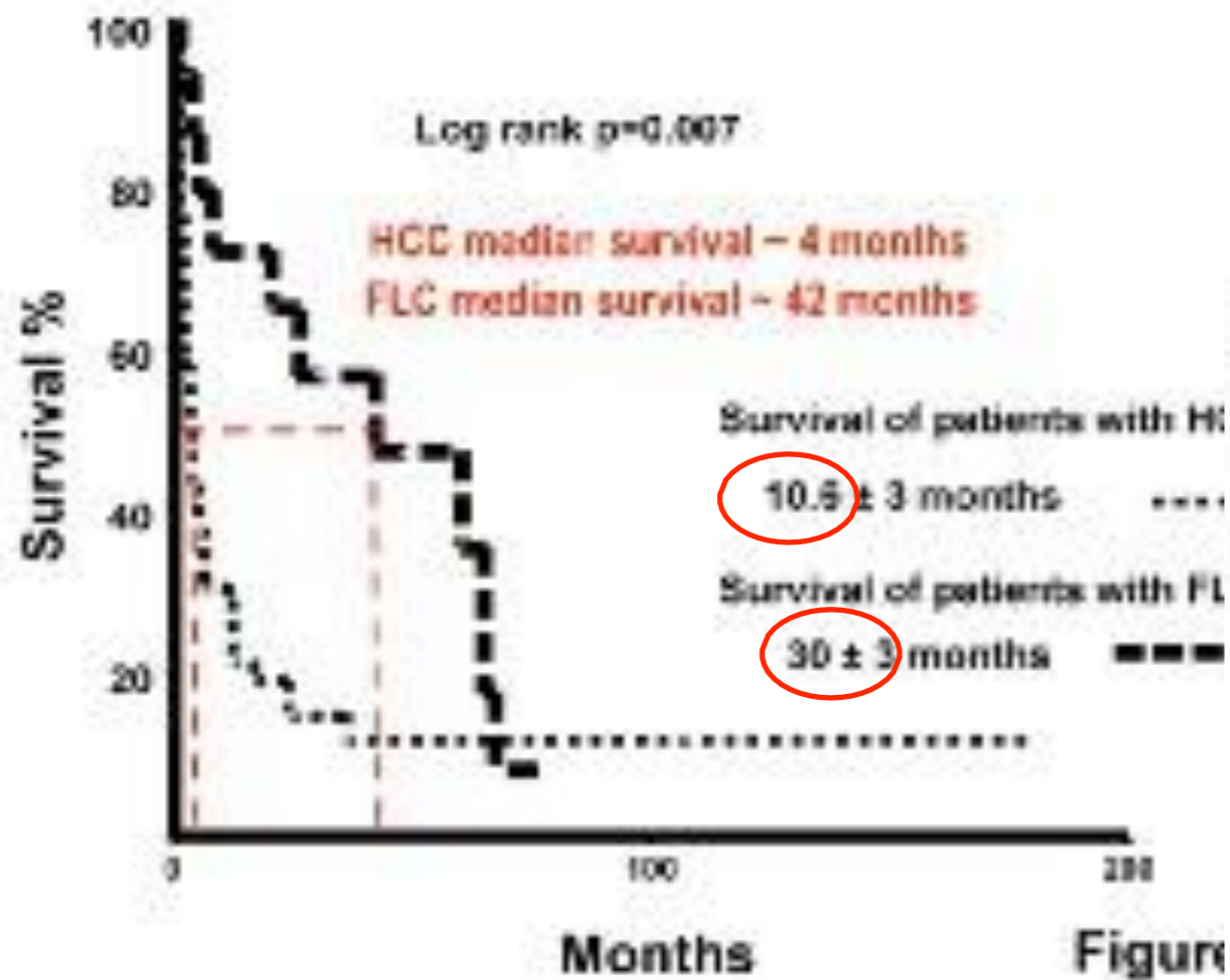
Published: 31 October 2005

*BMC Cancer* 2005, **5**:142 doi:10.1186/1471-2407-5-142This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/5/142>

Received: 25 April 2005

Accepted: 31 October 2005

Errores en la mediana de supervivencia





Clinical Trial > J Thorac Oncol. 2008 Aug;3(8):887-93. doi: 10.1097/JTO.0b013e31818026f6.

Wood-smoke exposure as a response and survival predictor in erlotinib-treated non-small cell lung cancer patients: an open label phase II study

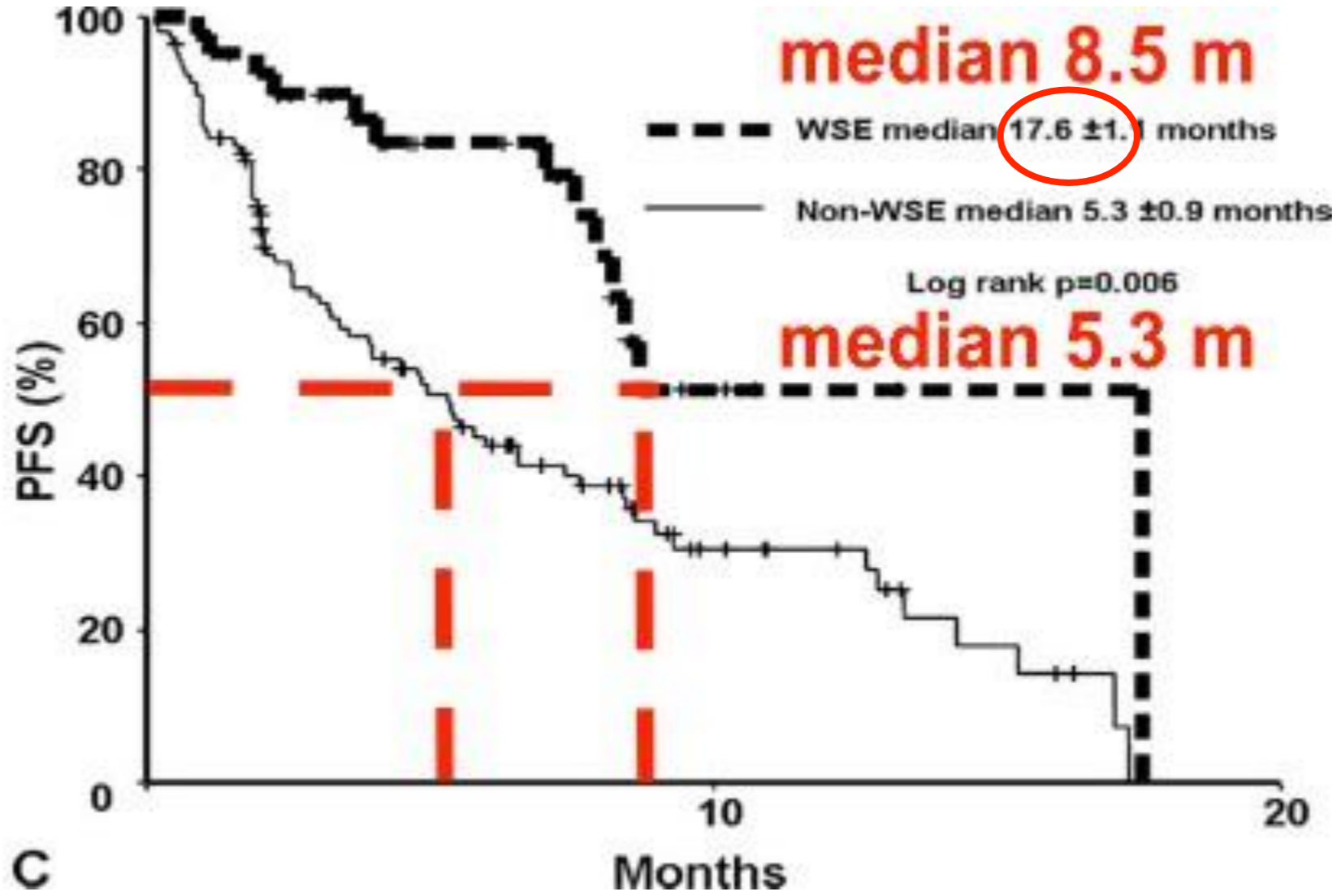
Oscar Arrieta ¹, Luis Martinez-Barrera, Sergio Treviño, Enrique Guzman, Patricia Castillo-Gonzalez, Miguel Angel Rios-Trejo, Diana Flores-Estrada, Eduardo Téllez, Cesar Gonzalez, Johny de la Cruz Vargas, Claudia Haydee Gonzalez-De la Rosa, Norma Hernandez-Pedro, Rafael Morales-Barrera, Jaime De la Garza

Affiliations + expand

PMID: 18670307 DOI: 10.1097/JTO.0b013e31818026f6

Free article

Errores en la mediana de supervivencia



3



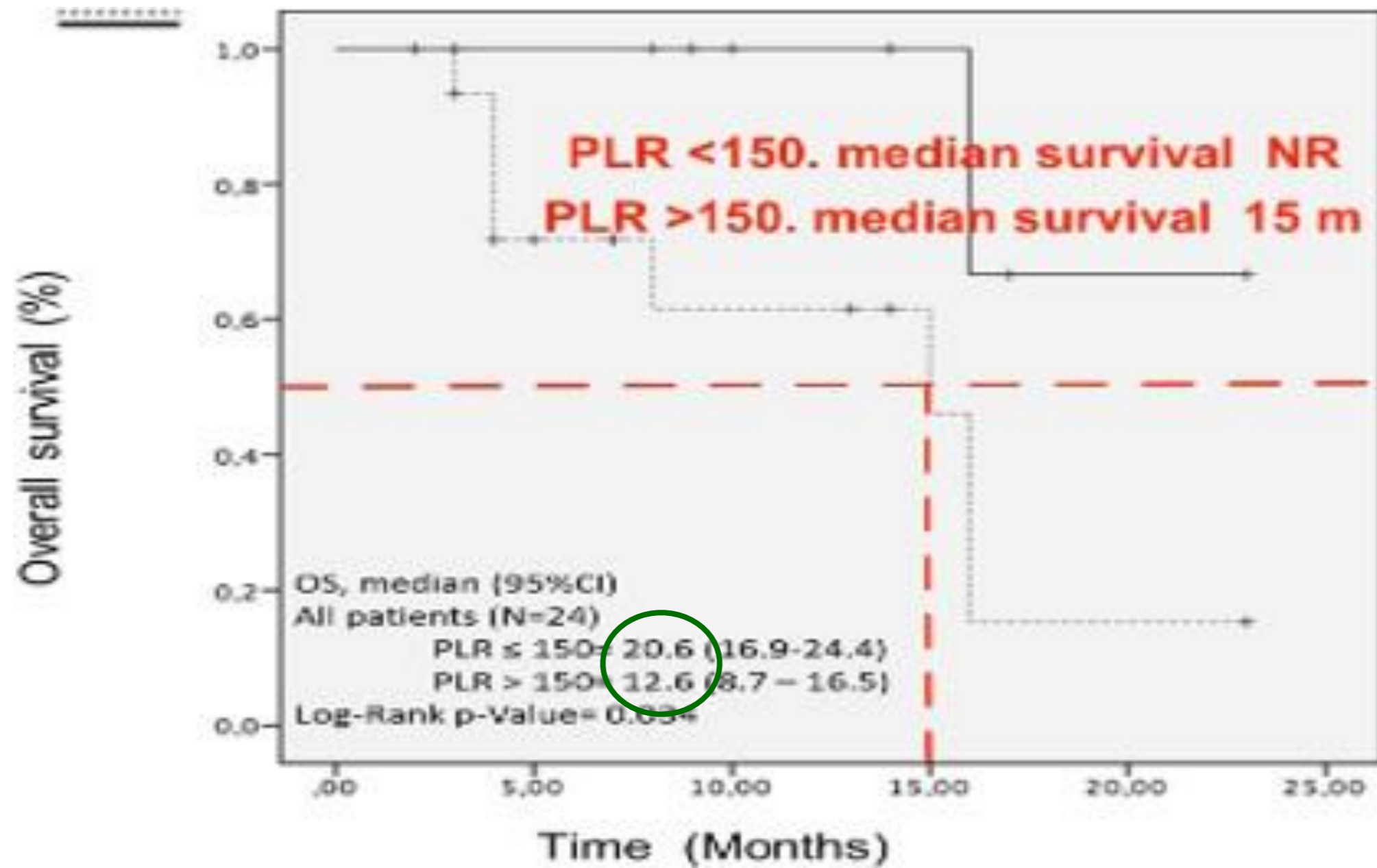
Randomized Controlled Trial > Support Care Cancer. 2018 Sep;26(9):3029-3038.

doi: 10.1007/s00520-018-4154-9. Epub 2018 Mar 17.

The effect of nabilone on appetite, nutritional status, and quality of life in lung cancer patients: a randomized, double-blind clinical trial

Jenny G Turcott ¹, María Del Rocío Guillen Núñez ², Diana Flores-Estrada ¹,
Luis F Oñate-Ocaña ³, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ¹, Feliciano Barrón ¹, Oscar Arrieta ⁴

Errores en la mediana de supervivencia



4



Clinical Trial > Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2021 Aug 1;110(5):1442-1450.

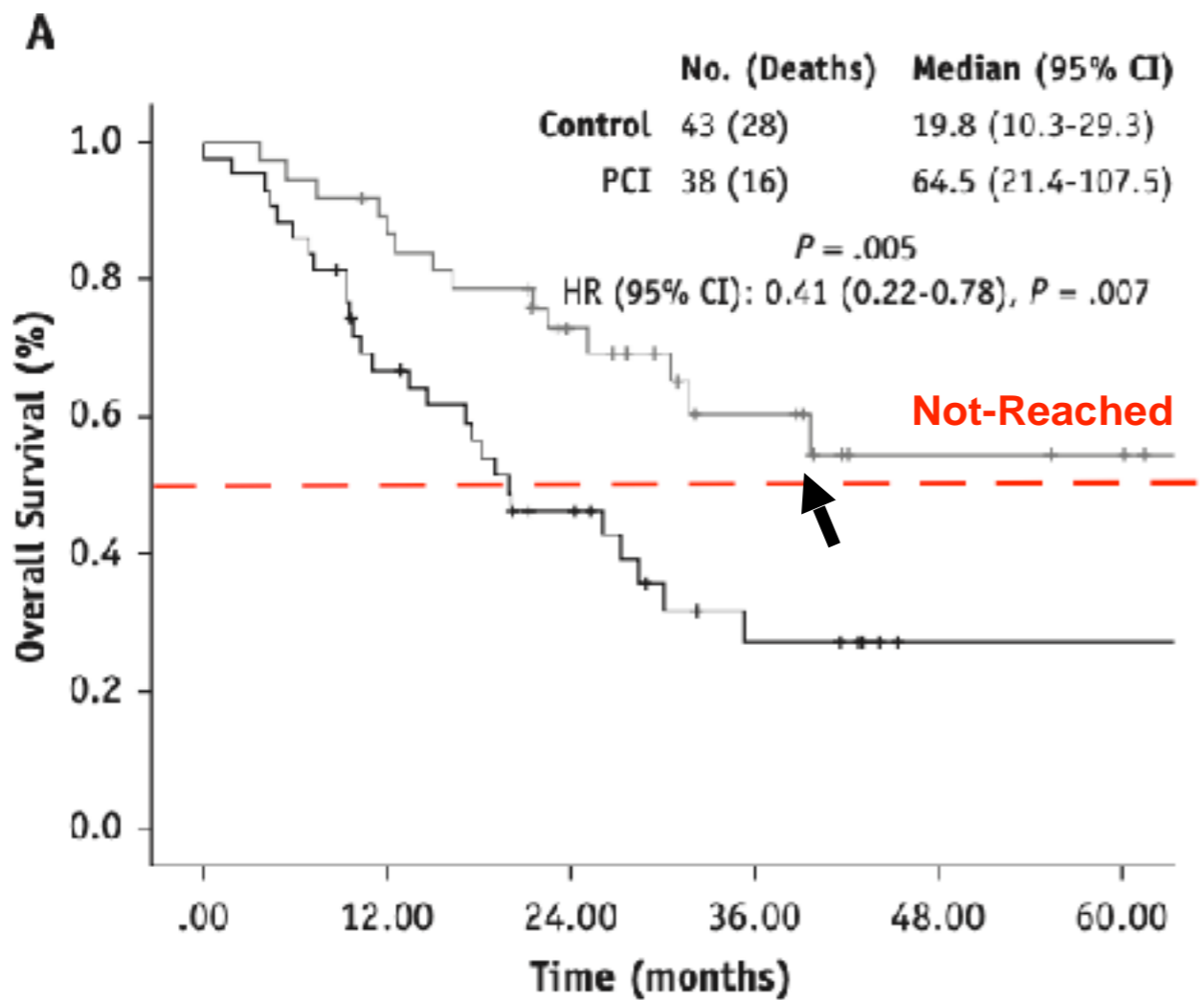
doi: 10.1016/j.ijrobp.2021.02.044. Epub 2021 Feb 25.

Prophylactic Cranial Irradiation Reduces Brain Metastases and Improves Overall Survival in High-Risk Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer Patients: A Randomized phase 2 Study (PRoT-BM trial)

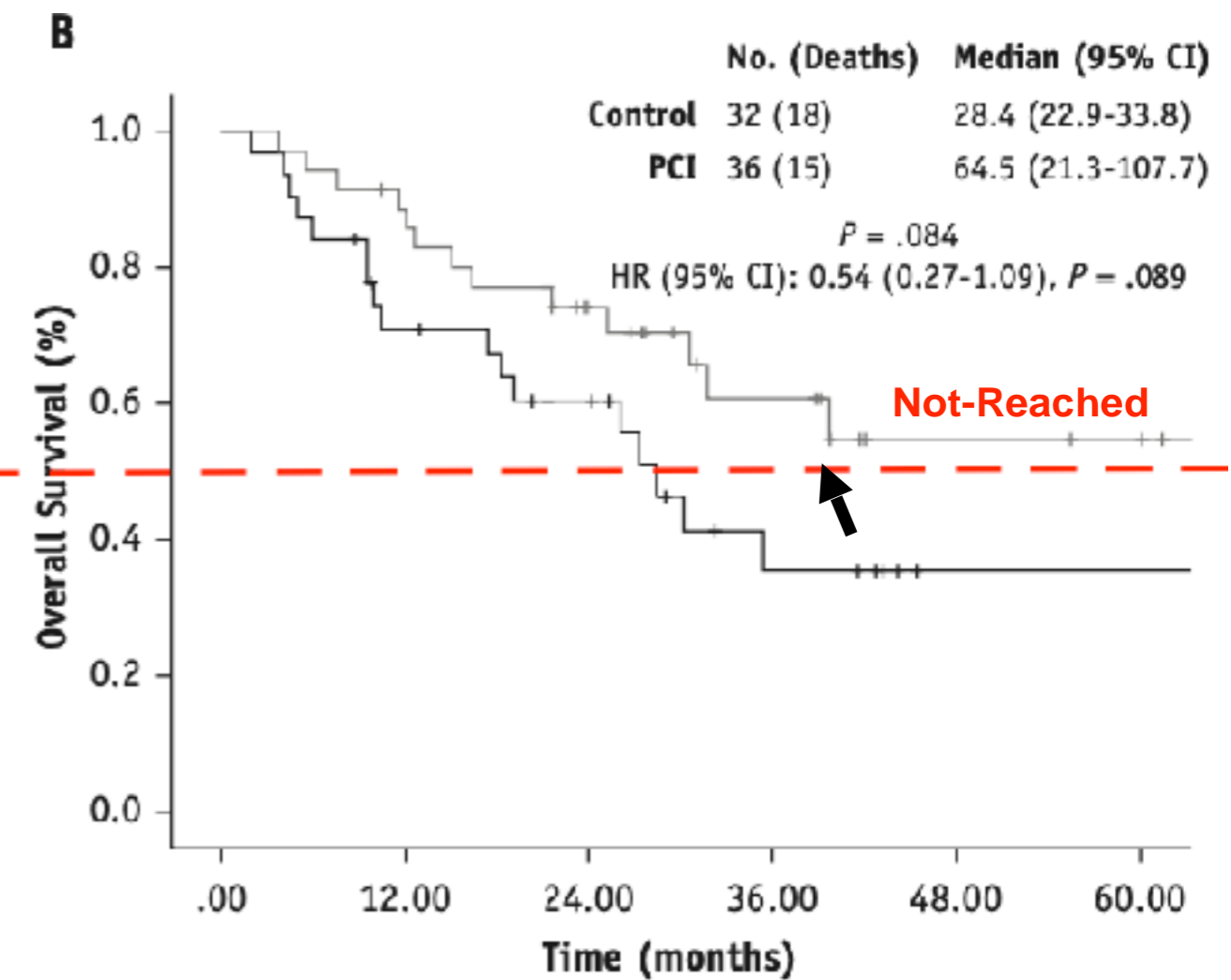
Oscar Arrieta ¹, Federico Maldonado ², Jenny G Turcott ³, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ³, Feliciano Barrón ³, Mónica Blake-Cerda ², Luis Antonio Cabrera-Miranda ³, Andrés F Cardona ⁴, Jaime G de la Garza ³, Rafael Rosell ⁵

Errores en la mediana de supervivencia

Texto: 64.5 meses. Curvas "Not-Reached"



No. At risk		.00	12.00	24.00	36.00	48.00	60.00
Control	43	29	21	16	16	16	16
PCI	38	33	28	25	24	24	24



No. At risk		.00	12.00	24.00	36.00	48.00	60.00
Control	32	23	20	15	15	15	15
PCI	36	30	27	24	23	23	23

4 ARTÍCULOS EN DONDE EL DR. ARRIETA PUBLICA DATOS ERRÓNEOS.

LA MEDIANA DE SUPERVIVENCIA INEXACTA

**MÁS ALLÁ DE SI LOS ERRORES SON "HONESTOS" O INTENCIONALES,
DE SI ALTERAN O NO LAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO,**

**ES UN ACTO DE ÉTICA CIENTÍFICA
Y HONESTIDAD INTELLECTUAL**

**HACER NOTAR AL EDITOR LOS ERRORES Y RETIRAR
LOS ARTÍCULOS
O SOLICITAR CORRECCIONES A LOS MISMOS**

**2. ESTUDIOS EN DONDE LA SUPERVIVENCIA
LIBRE DE PROGRESION (PFS) ES MAYOR QUE
LA SUPERVIVENCIA GLOBAL (OS)**

Currently, the most common way to present survival results in oncology studies is with survival curves generated via the Kaplan–Meier method. These curves are compared with the log-rank test to determine whether there are statistically significant differences between groups and with multivariate analysis via the Cox method to determine which factors affect survival

the two survival parameters most commonly used (endpoints) are progression-free survival (PFS) and overall survival (OS). The first refers to patients who suffer the event (progression), and the second refers to patients who suffer the event (death). Both parameters are usually defined in the time since patients enter the study from the time they suffer the event of interest or are censored. Censoring and event times apply to both PFS and OS.

OS curve (median survival time, survival percentages) should always be superior to the PFS curve because a fundamental requirement for relapse or progression is survival

Therefore, the **PFS** curve cannot be higher than the **OS** curve. If the opposite is observed, it means fatal errors (involuntary or involuntary) that invalidate the conclusion.

Therefore, the study must be withdrawn since correcting it requires substantial changes and a new revision.

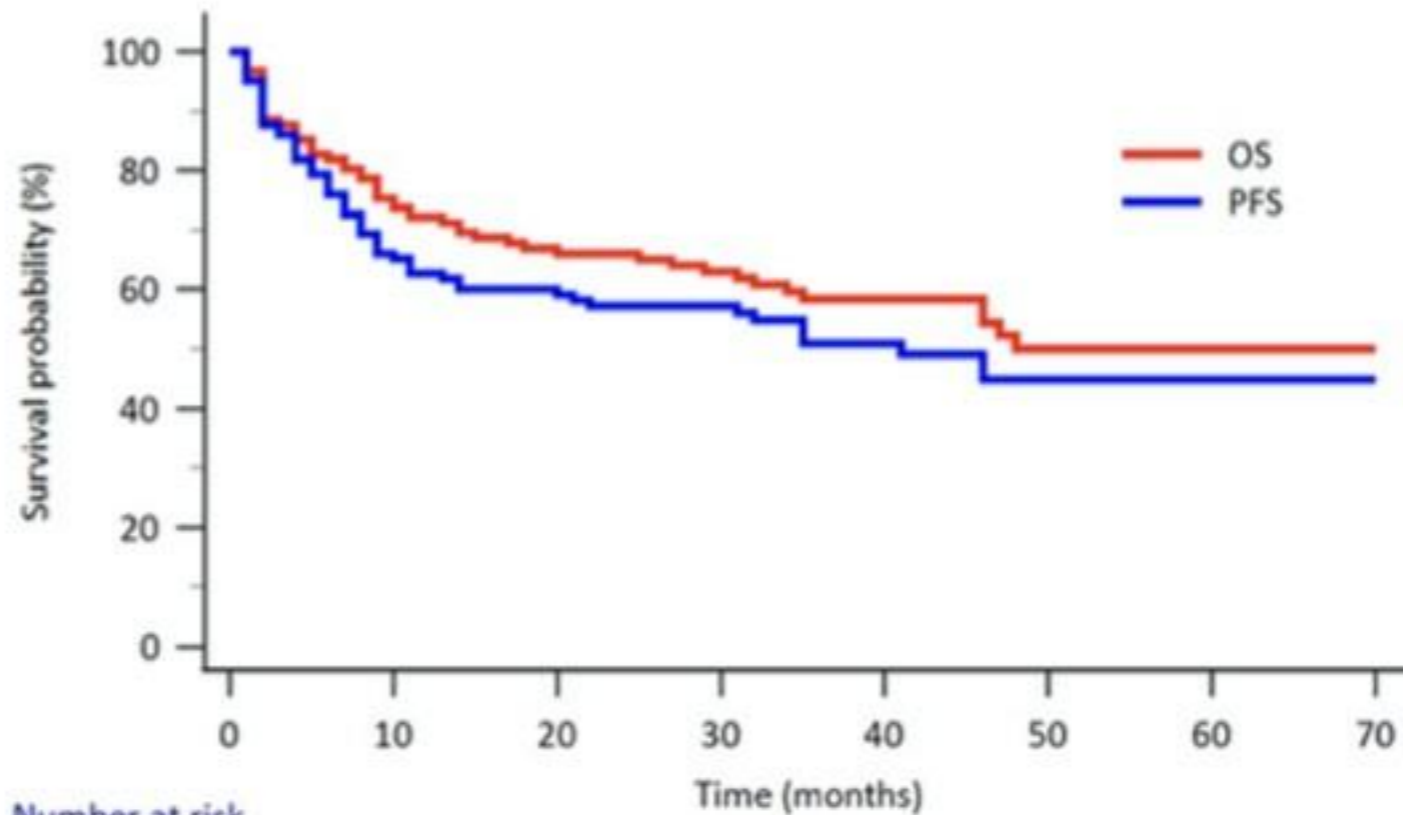
**A patient who has died cannot have
progression assessed.**



A menos que el cuerpo sea sometido a algún estudio de imagen

OVERALL SURVIVAL TIME

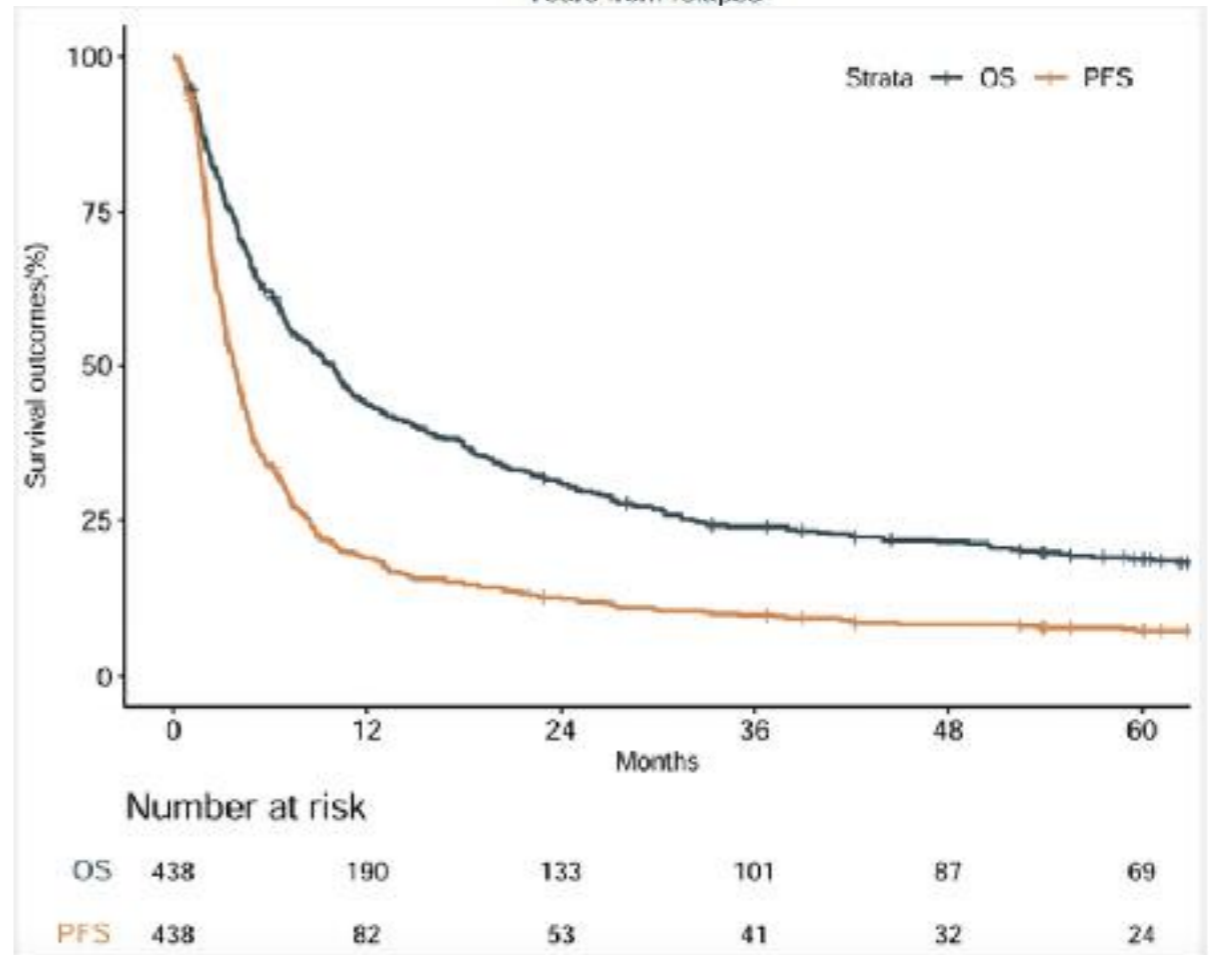
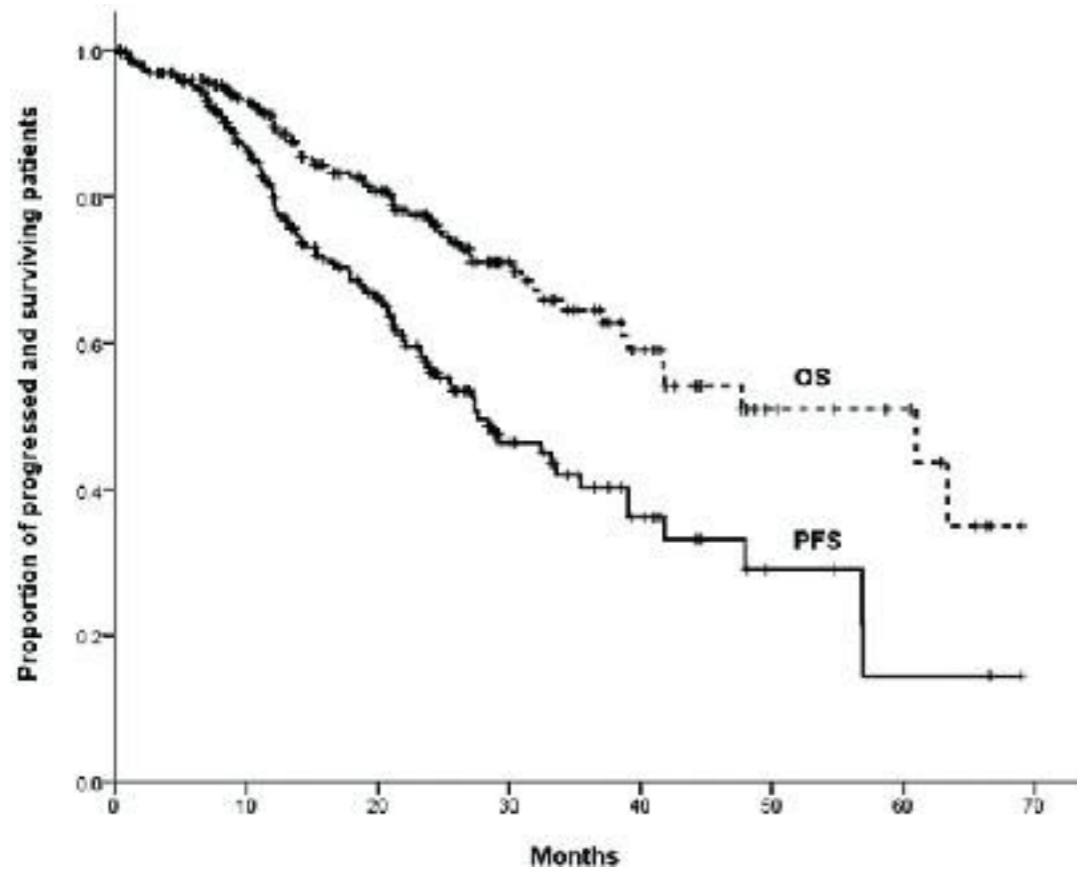
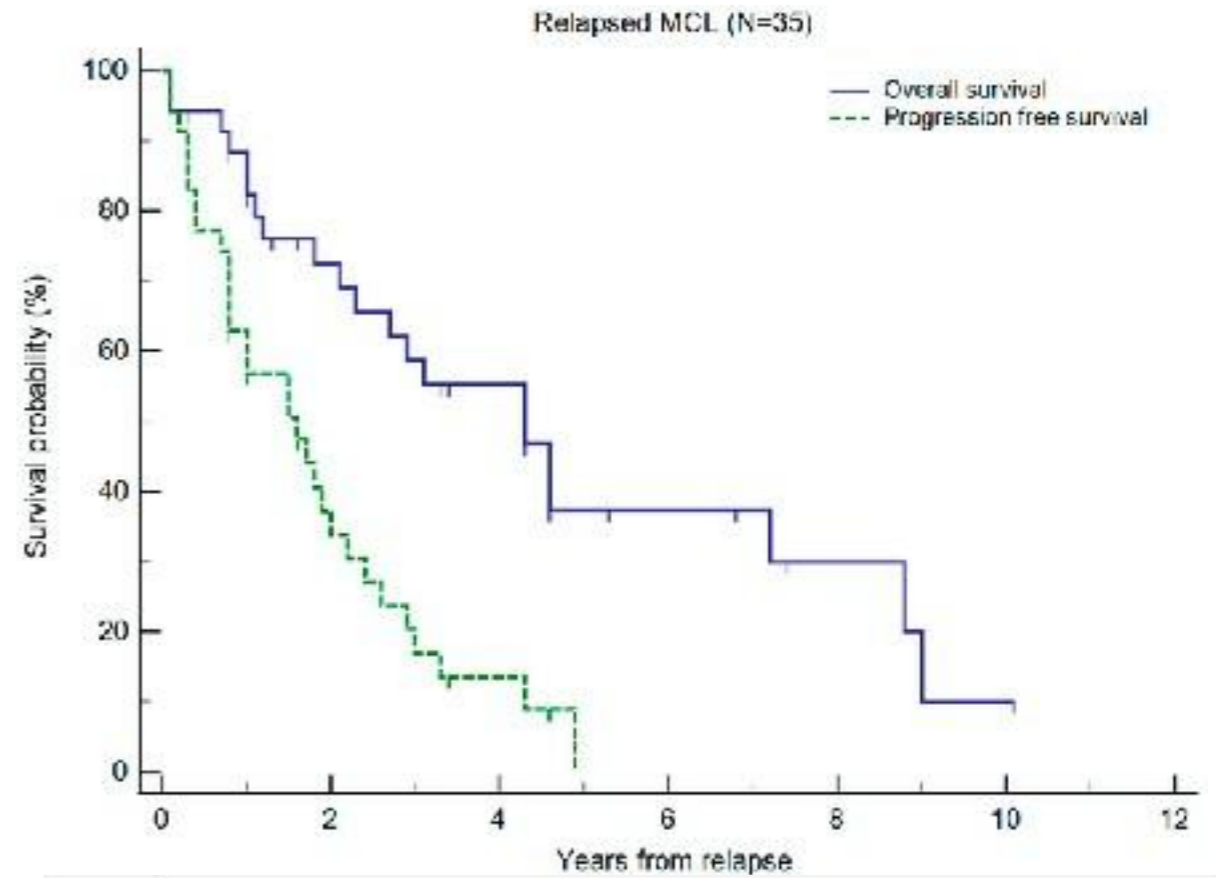
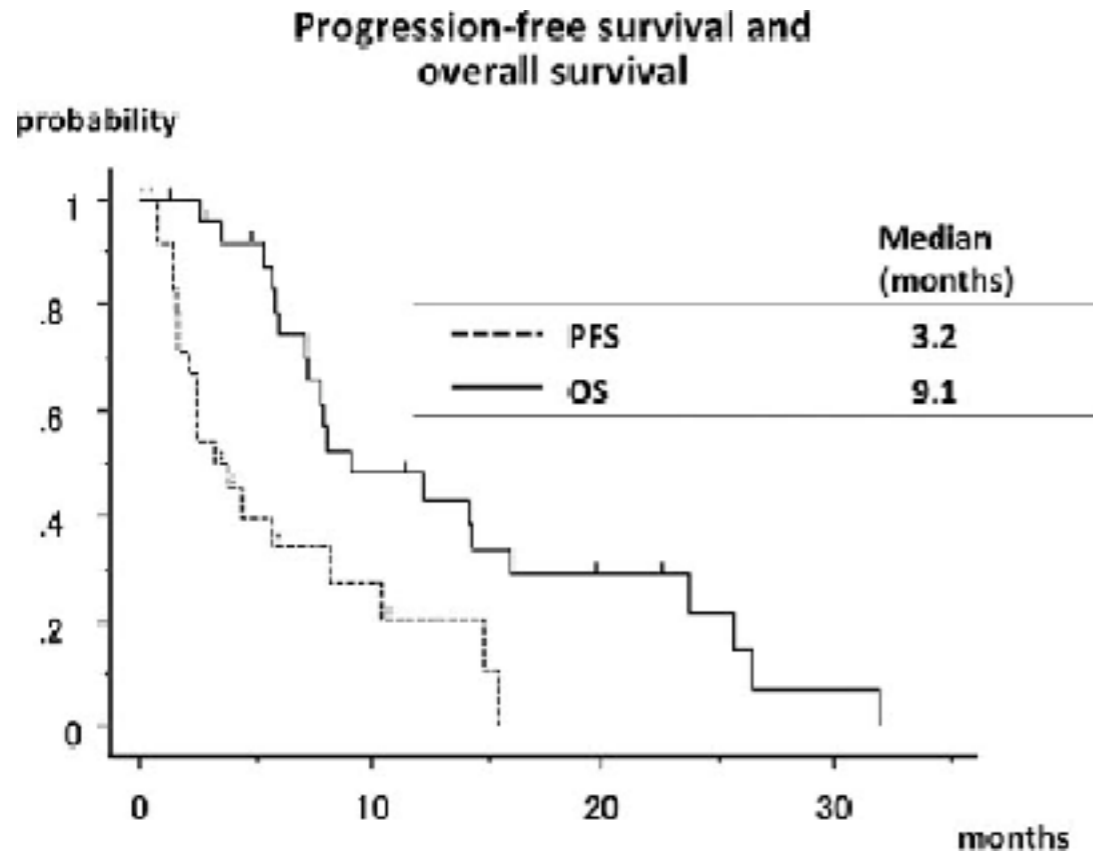
PROGRESSION-FREE SURVIVAL TIME



Number at risk		0	10	20	30	40	50	60	70
Group: OS		122	90	72	59	33	18	11	0
Group: PFS		122	78	62	50	28	14	8	0

Figure 2. Graphic representation of why OS must always be higher than PFS. The basic principle is that a patient to progress needs to be alive.

EJEMPLOS



5



> [J Thorac Oncol.](#) 2009 Jul;4(7):845-52. doi: 10.1097/JTO.0b013e3181a97e17.

High frequency of radiation pneumonitis in patients with locally advanced non-small cell lung cancer treated with concurrent radiotherapy and gemcitabine after induction with gemcitabine and carboplatin

[Oscar Arrieta](#)¹, [Dolores Gallardo-Rincón](#), [Cynthia Villarreal-Garza](#), [Rosa M Michel](#), [Alma M Astorga-Ramos](#), [Luis Martínez-Barrera](#), [Jaime de la Garza](#)

Affiliations + expand

PMID: 19487963 DOI: [10.1097/JTO.0b013e3181a97e17](#)

Free article

POR DEFINICIÓN, LA PFS **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS

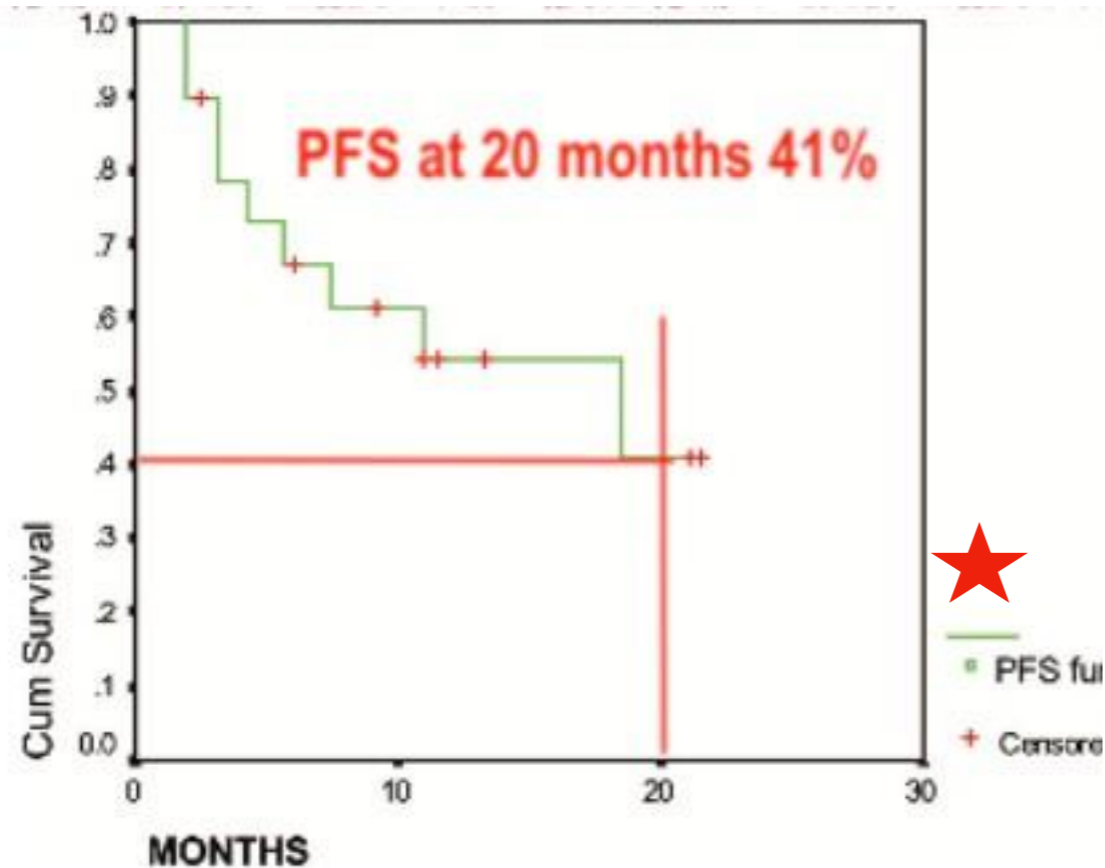


FIGURE 1. Progression-free survival.

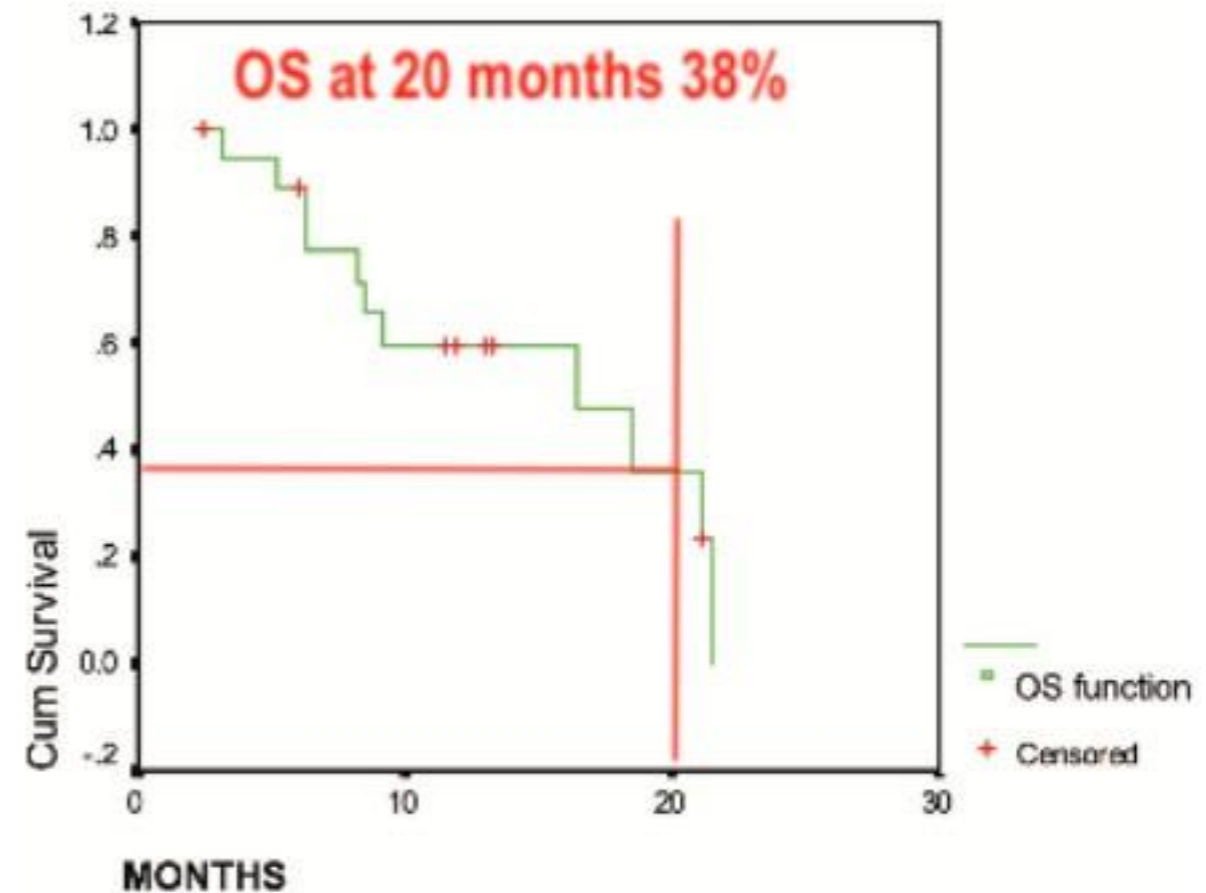


FIGURE 2. Overall survival.

6



› [Interact Cardiovasc Thorac Surg.](#) 2010 Aug;11(2):154-61. doi: 10.1510/icvts.2010.232546.
Epub 2010 May 26.

Effectiveness and prognosis of initial pericardiocentesis in the primary management of malignant pericardial effusion

[Angel Apodaca-Cruz](#)¹, [Cynthia Villarreal-Garza](#), [Beatriz Torres-Avila](#), [Jorge Torres](#),
[Abelardo Meneses](#), [Diana Flores-Estrada](#), [Fernando Lara-Medina](#), [Oscar Arrieta](#)

Affiliations + expand

PMID: 20504889 DOI: [10.1510/icvts.2010.232546](#)

POR DEFINICIÓN, LA PFS **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS

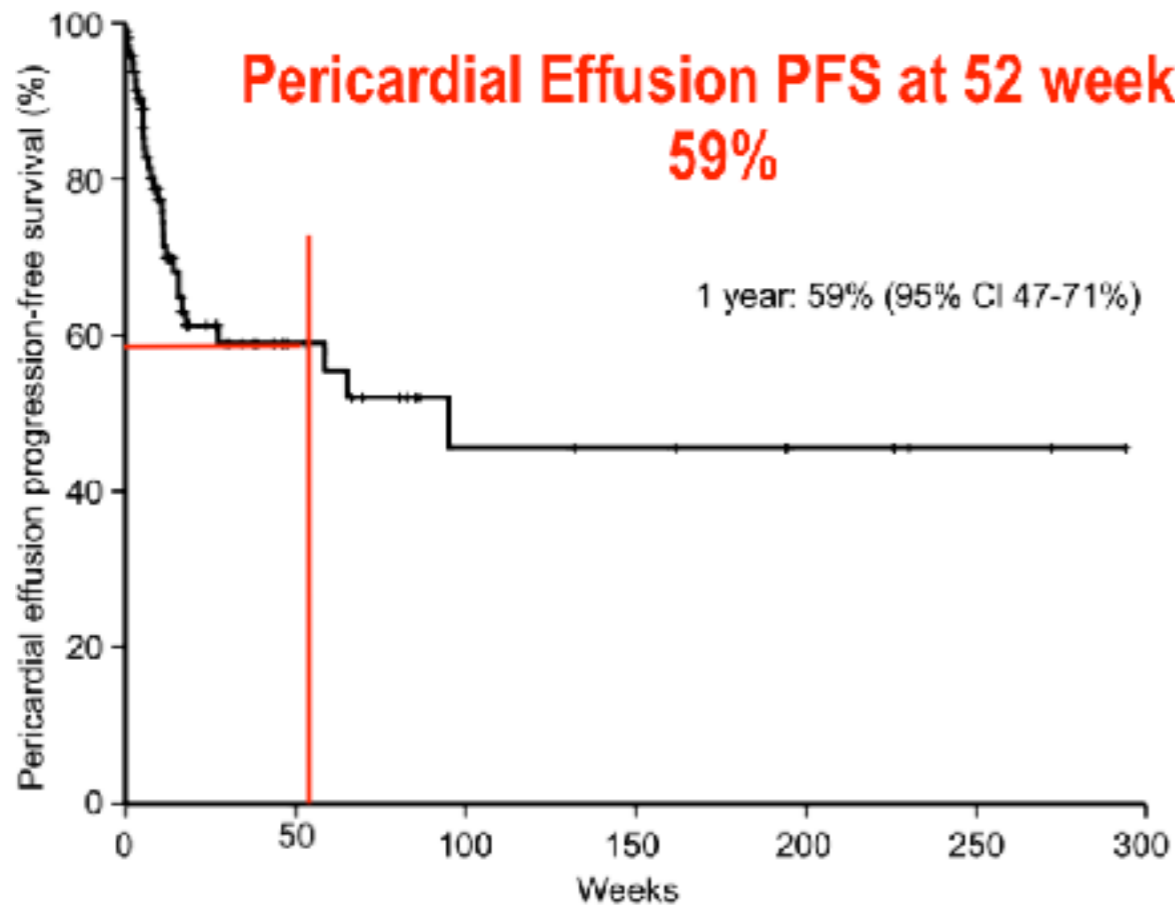


Fig. 1. Pericardial effusion progression-free survival. CI, confidence interval.

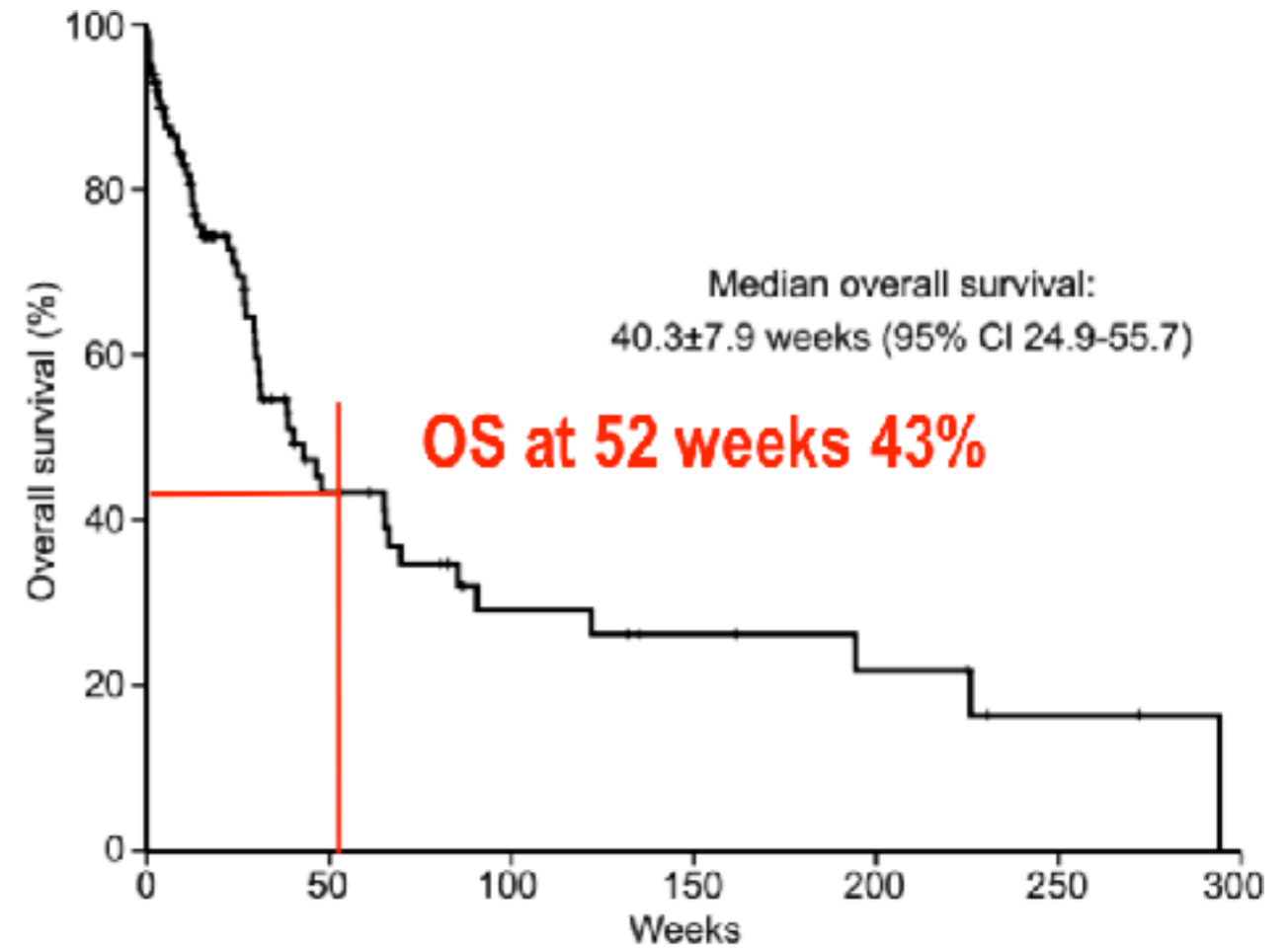


Fig. 2. Overall survival. CI, confidence interval.



Clinical Trial > Lung Cancer. 2021 Feb:152:119-126. doi: 10.1016/j.lungcan.2020.12.029.
Epub 2020 Dec 28.

Consolidative stereotactic ablative radiotherapy (SABR) to intrapulmonary lesions is associated with prolonged progression-free survival and overall survival in oligometastatic NSCLC patients: A prospective phase 2 study

Mónica Blake-Cerda ¹, Francisco Lozano-Ruíz ², Federico Maldonado-Magos ²,
Dolores de la Mata-Moya ¹, Diego Díaz-García ², Luis Lara-Mejía ²,
Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ², María-Fernanda Cuevas-Góngora ², Feliciano Barron-Barron ²,
José Francisco Corona-Cruz ², Luis Cabrera-Miranda ², Marisol Arroyo-Hernández ²,
Raquel Gerson ¹, Oscar Arrieta ³

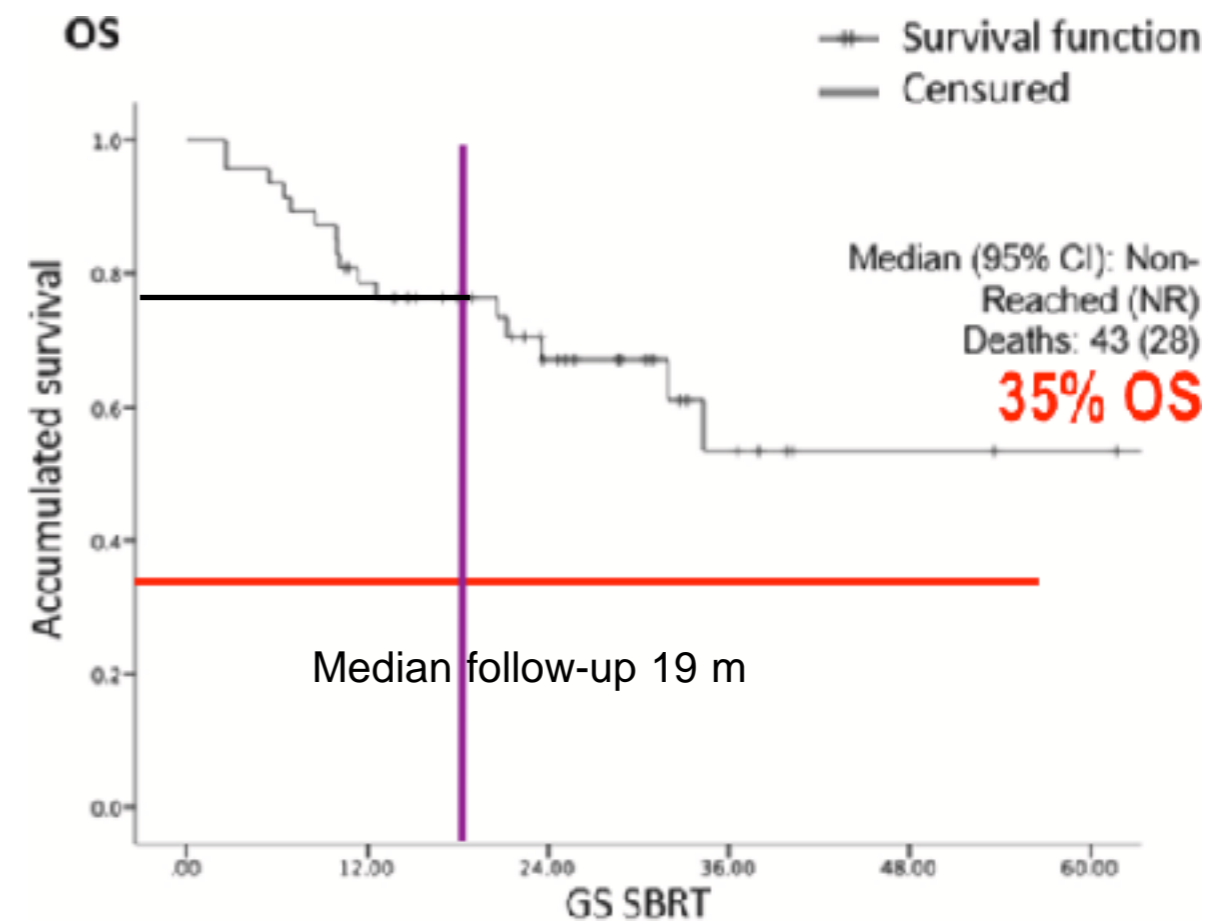
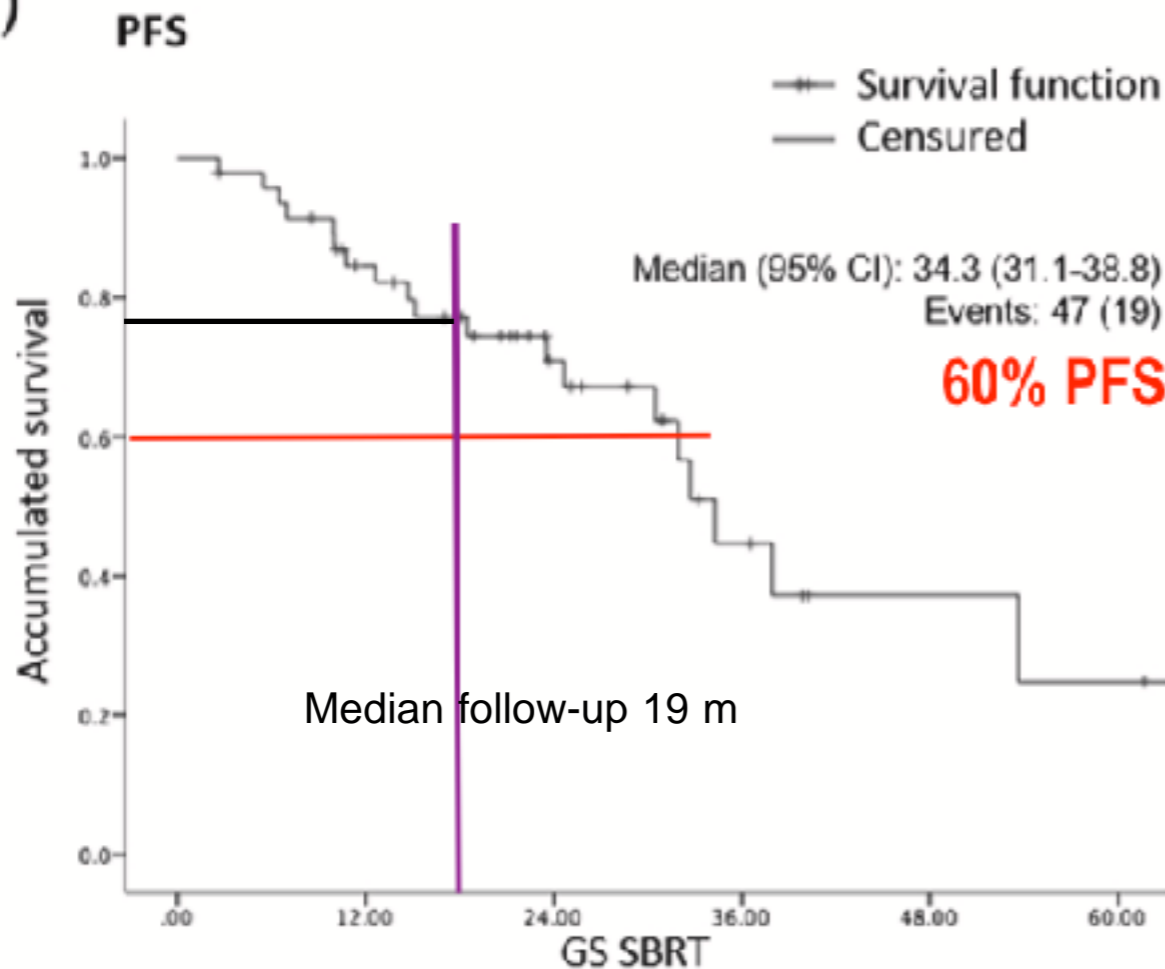
POR DEFINICIÓN, LA PFS **NO** PUEDE SER IGUAL O MAYOR QUE LA OS

Error 1. A la mediana de seguimiento de 19 m., el % de PFS y OS es el mismo 78% (líneas horizontales negras)

Error 2. A la mediana de seguimiento de 19 m., el número de eventos es mayor en la curva de OS en comparación a la curva de PFS (28 vs. 19)

Error 3. Los % de PFS y OS en ambas curvas no se corresponden con los números de eventos. La curva debería intersectar a nivel de las líneas horizontales rojas

a)





> [J Immunol Res.](#) 2021 Jun 11:2021:6632249. doi: 10.1155/2021/6632249. eCollection 2021.

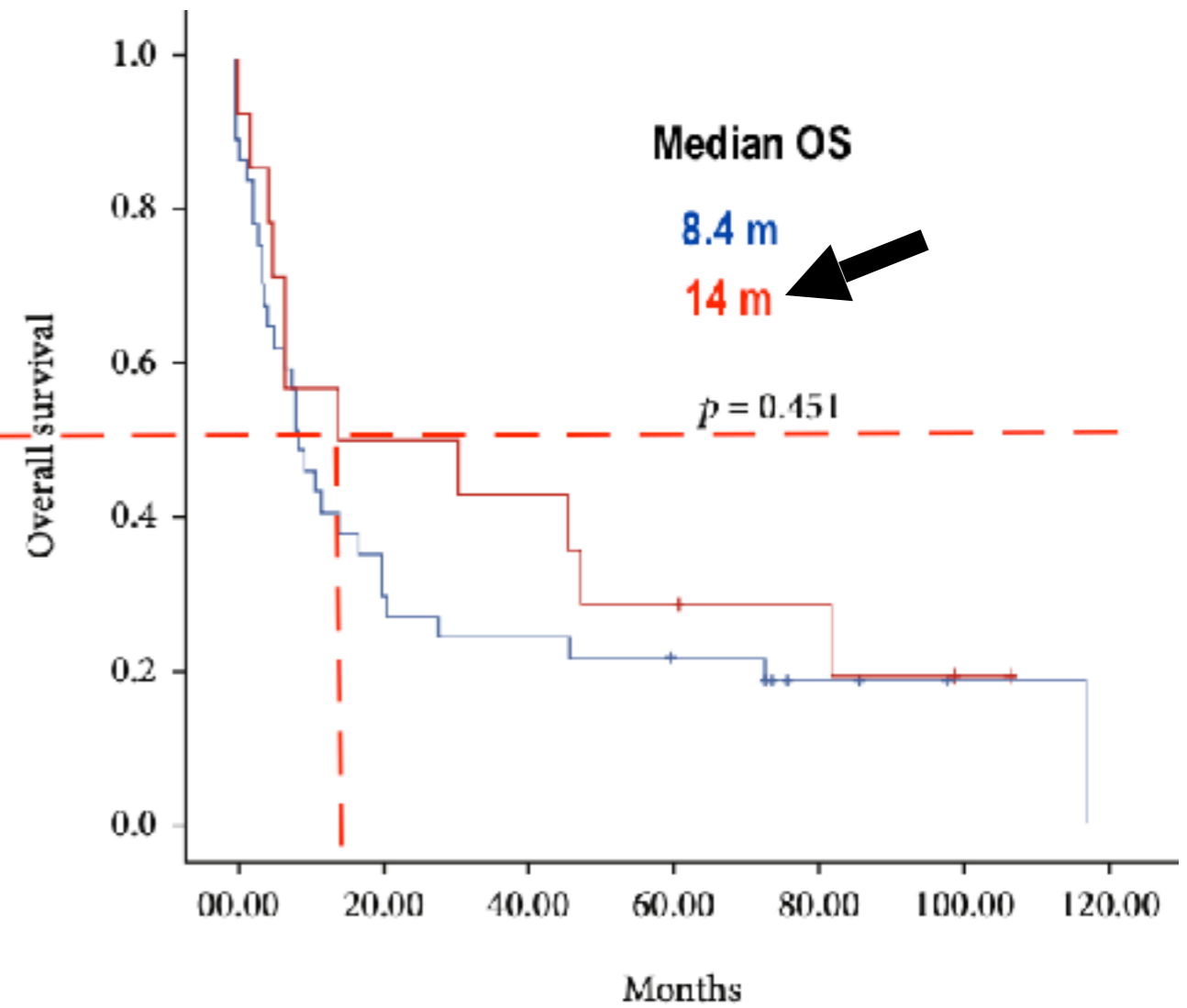
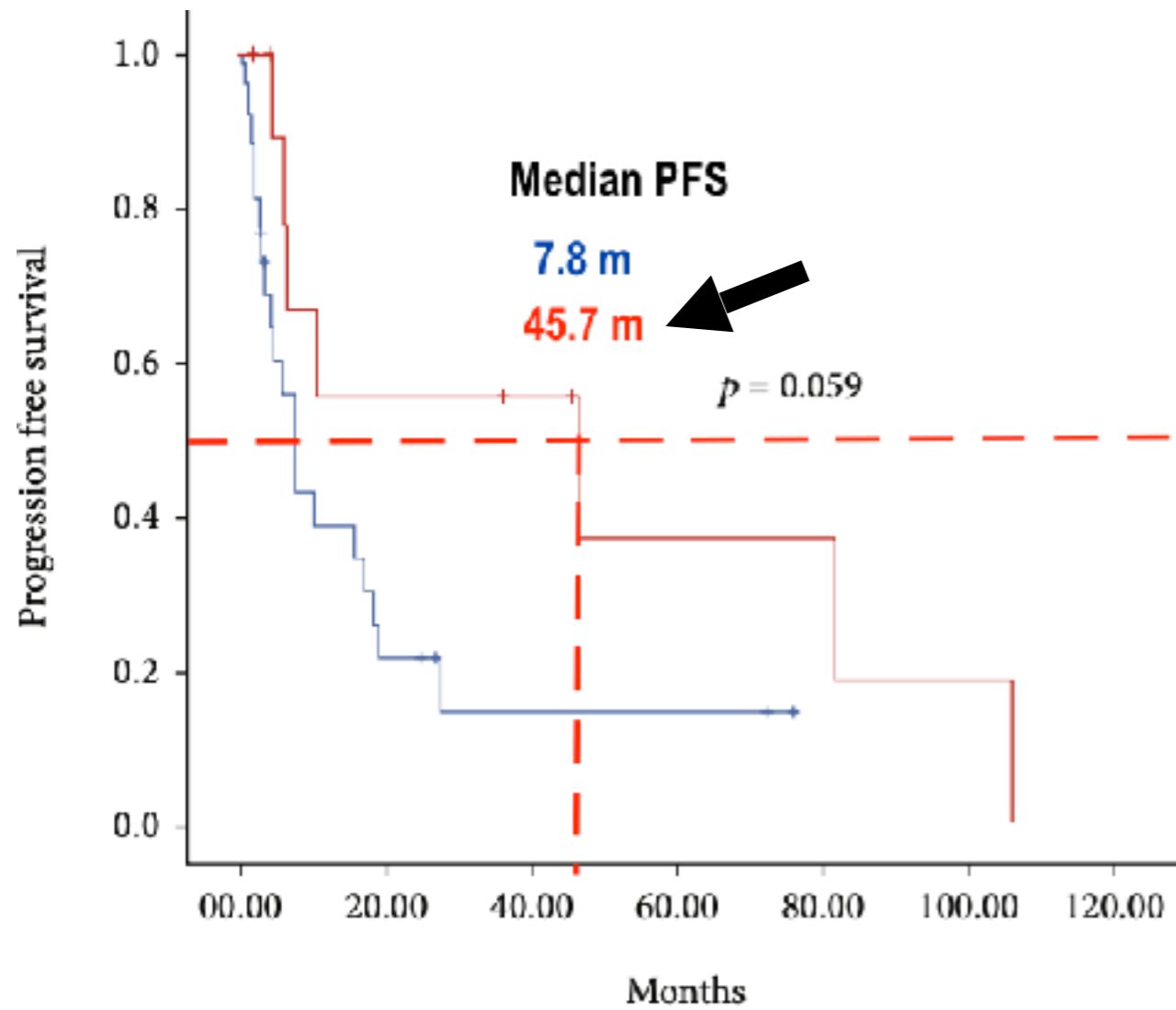
Clinicopathological and Prognostic Significance of CD47 Expression in Lung Neuroendocrine Tumors

[Mario Orozco-Morales](#)¹, [Alejandro Avilés-Salas](#)², [Norma Hernández-Pedro](#)¹, [Rodrigo Catalán](#)¹, [Graciela Cruz-Rico](#)¹, [Ana Laura Colín-González](#)¹, [Elsa Dosal-Mancilla](#)¹, [Pedro Barrios-Bernal](#)¹, [Oscar Arrieta](#)¹

Affiliations + expand

PMID: 34195295 PMCID: [PMC8214491](#) DOI: [10.1155/2021/6632249](#)

POR DEFINICIÓN, LA PFS **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS





> [Cancers \(Basel\)](#). 2021 Dec 13;13(24):6256. doi: 10.3390/cancers13246256.

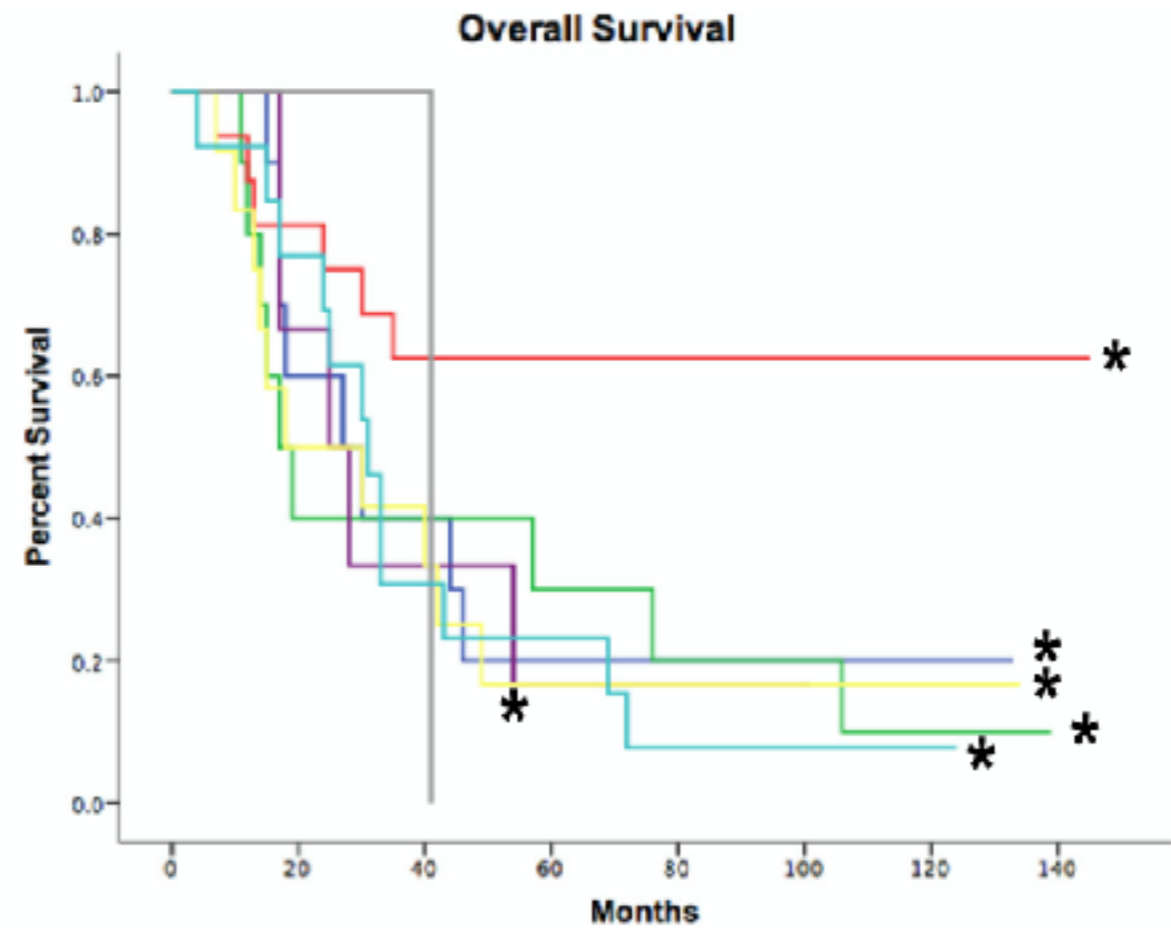
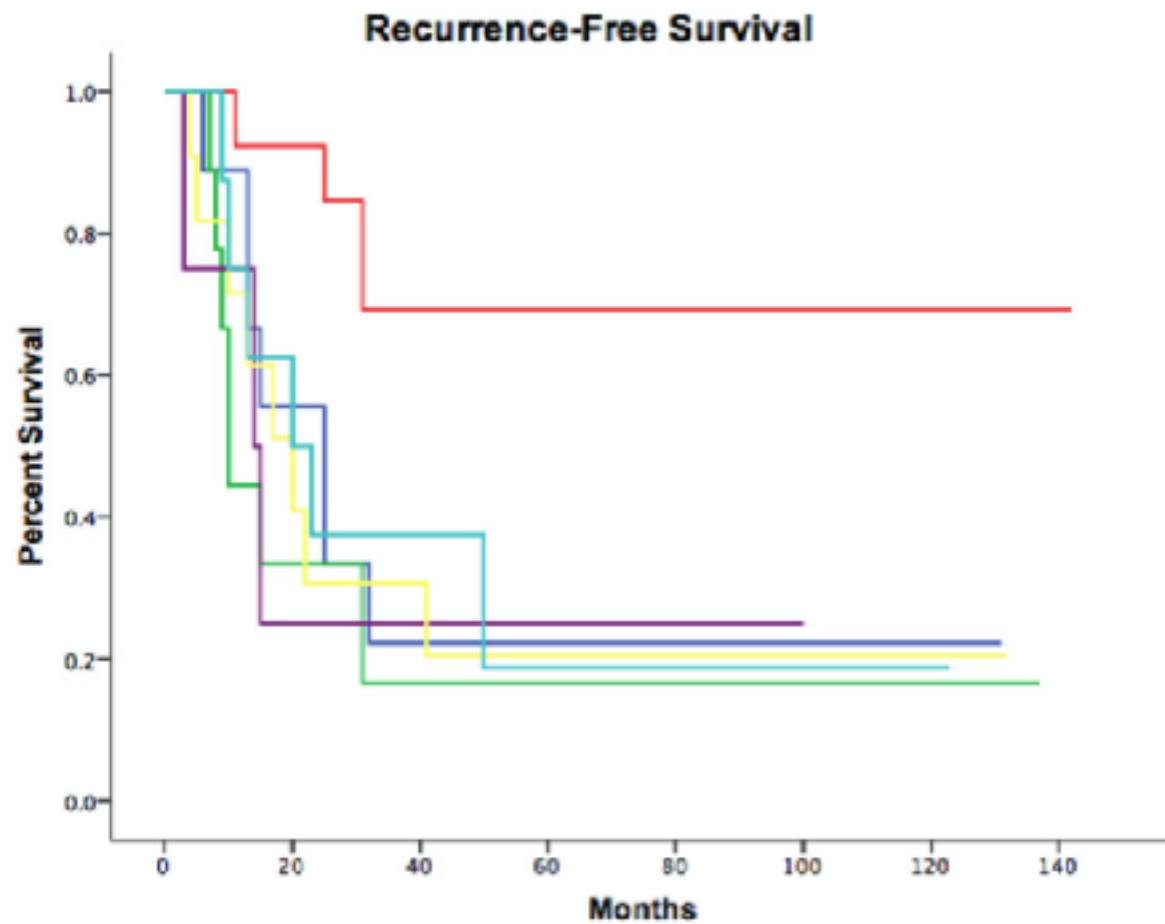
Immune Milieu and Genomic Alterations Set the Triple-Negative Breast Cancer Immunomodulatory Subtype Tumor Behavior

Rubén Rodríguez-Bautista ^{1 2}, Claudia H Caro-Sánchez ³, Paula Cabrera-Galeana ⁴, Gerardo J Alanis-Funes ⁵, Everardo Gutierrez-Millán ⁶, Santiago Ávila-Ríos ⁷, Margarita Matías-Florentino ⁷, Gustavo Reyes-Terán ⁷, José Díaz-Chávez ⁸, Cynthia Villarreal-Garza ^{4 9}, Norma Y Hernández-Pedro ¹, Alette Ortega-Gómez ¹⁰, Luis Lara-Mejía ¹¹, Claudia Rangel-Escareño ^{12 13}, Oscar Arrieta ^{1 11}

Affiliations + expand

POR DEFINICIÓN, LA PFS **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS

En todos los grupos, la curva de RFS es mayor que la de OS



Molecular Subtypes

- BL1
- BL2
| IM |
| LAR |
| IM |
| MSL |
| UNS |

10



Clinical Trial > [Radiother Oncol.](#) 2014 May;111(2):311-5. doi: 10.1016/j.radonc.2014.01.021.

Epub 2014 May 14.

Phase II study. Concurrent chemotherapy and radiotherapy with nitroglycerin in locally advanced non-small cell lung cancer

[Oscar Arrieta](#)¹, [Mónika Blake](#)², [María Dolores de la Mata-Moya](#)², [Francisco Corona](#)²,
[Jenny Turcott](#)², [David Orta](#)², [Jorge Alexander-Alatorre](#)², [Dolores Gallardo-Rincón](#)²

POR DEFINICIÓN, LA PFS **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS

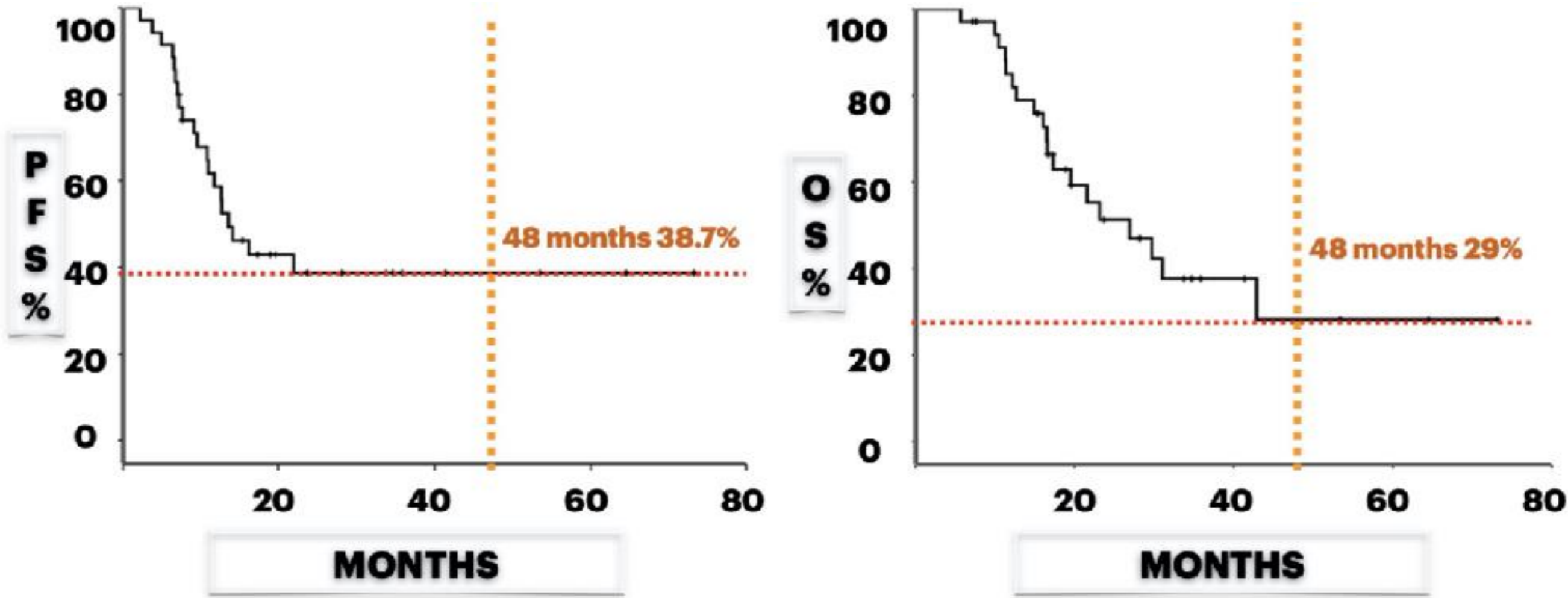


Figure 4. The PFS and OS percentages at 48 months of follow-up.



Clinical Trial > [Int J Radiat Oncol Biol Phys.](#) 2023 Mar 1;115(3):592-607.

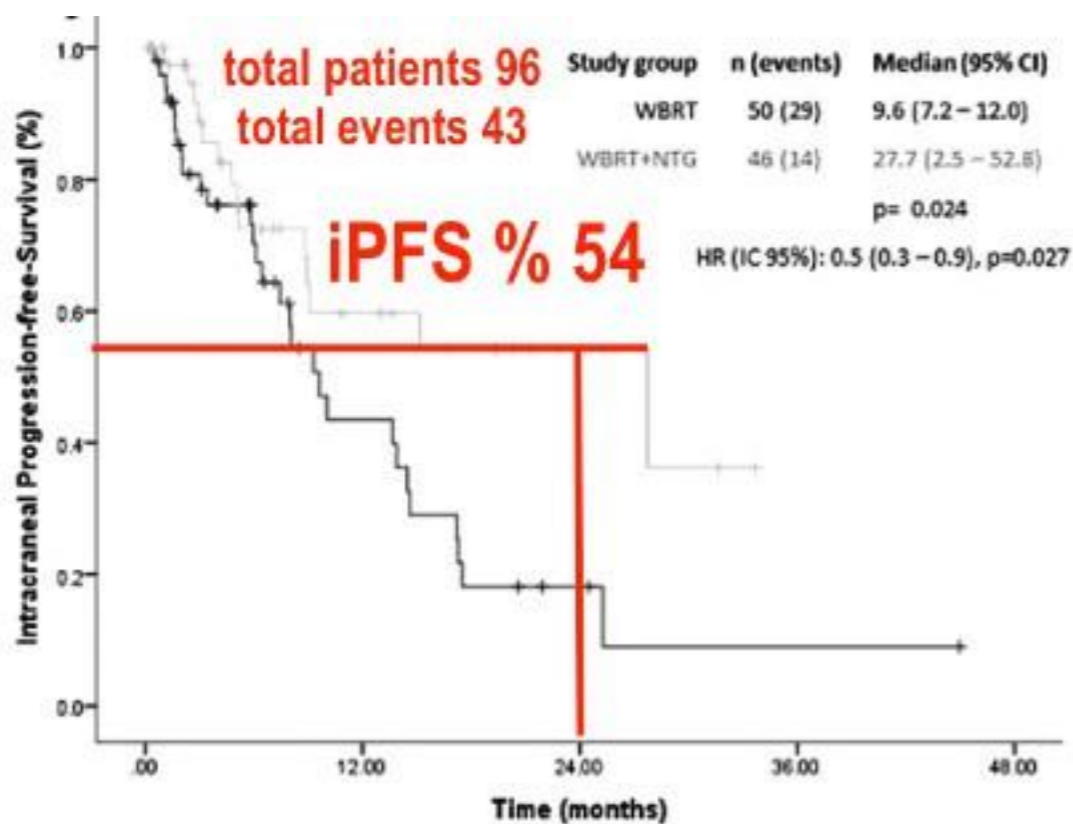
doi: 10.1016/j.ijrobp.2022.02.010. Epub 2022 Feb 12.

Nitroglycerin Plus Whole Intracranial Radiation Therapy for Brain Metastases in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer: A Randomized, Open-Label, Phase 2 Clinical Trial

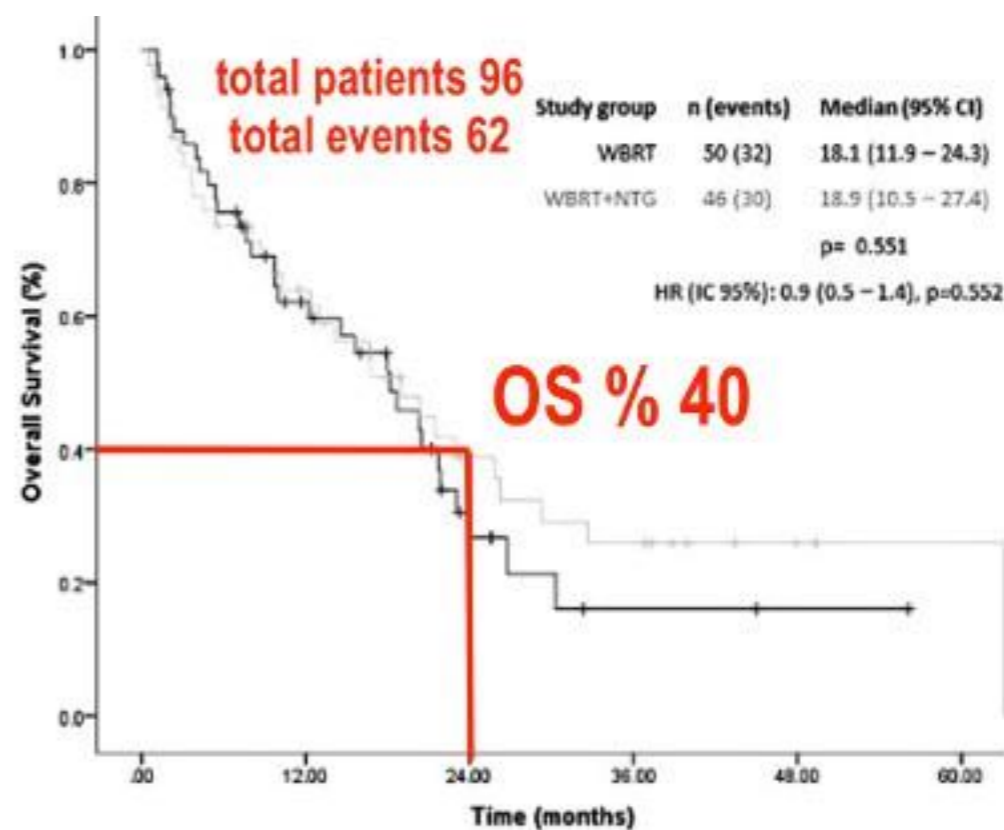
Oscar Arrieta ¹, Norma Hernández-Pedro ², Federico Maldonado ³, Maritza Ramos-Ramírez ⁴, Masao Yamamoto-Ramos ⁵, Diego López-Macías ⁴, Francisco Lozano ³, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ⁴, Jenny G Turcott ⁴, Pedro Barrios-Bernal ⁵, Mario Orozco-Morales ⁵, Diana Flores-Estrada ⁴, Andrés F Cardona ⁶, Christian Rolfo ⁷, Bernardo Cacho-Díaz ⁴

POR DEFINICIÓN, LA iPFS **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS

La alteración solo se observa en el grupo de Nitroglicerina. ¿ ?



Number at risk					
WBRT	50	29	22	22	21
WBRT+NTG	46	34	33	32	32



Number at risk						
WBRT	50	32	20	18	18	18
WBRT+NTG	46	30	21	17	17	17

12



> [Front Oncol.](#) 2023 Oct 17:13:1251620. doi: 10.3389/fonc.2023.1251620. eCollection 2023.

Perilesional edema diameter associated with brain metastases as a predictive factor of response to radiotherapy in non-small cell lung cancer

Oscar Arrieta ¹, Laura Margarita Bolaño-Guerra ¹, Enrique Caballé-Pérez ¹, Luis Lara-Mejía ¹, Jenny G Turcott ¹, Salvador Gutiérrez ¹, Francisco Lozano-Ruiz ², Luis Cabrera-Miranda ¹, Andrés Mauricio Arroyave-Ramírez ³, Federico Maldonado-Magos ⁴, Luis Corrales ⁵, Claudio Martín ⁶, Ana Pamela Gómez-García ¹, Bernardo Cacho-Díaz ⁷, Andrés F Cardona ⁸

Affiliations + expand

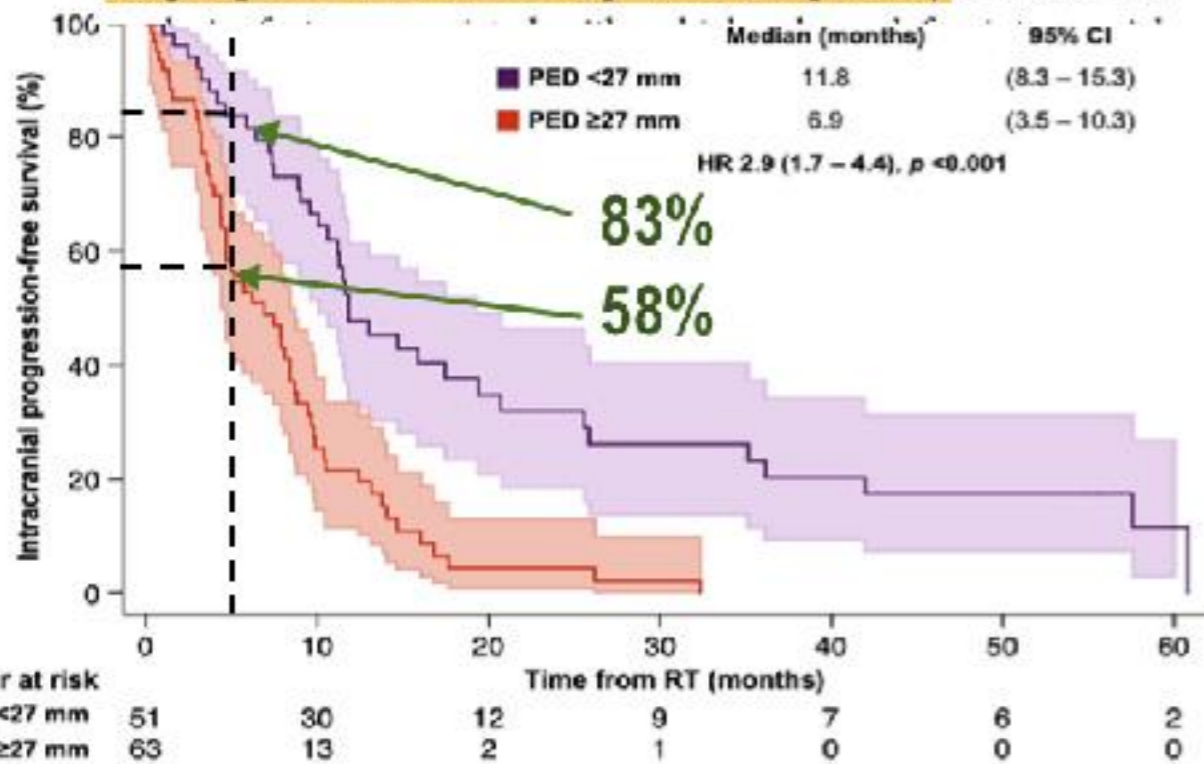
PMID: 37916162 PMCID: [PMC10616784](#) DOI: [10.3389/fonc.2023.1251620](#)

Error 1. Los % de PFS y OS a 6 meses (texto) no corresponden con los % observados en las curvas

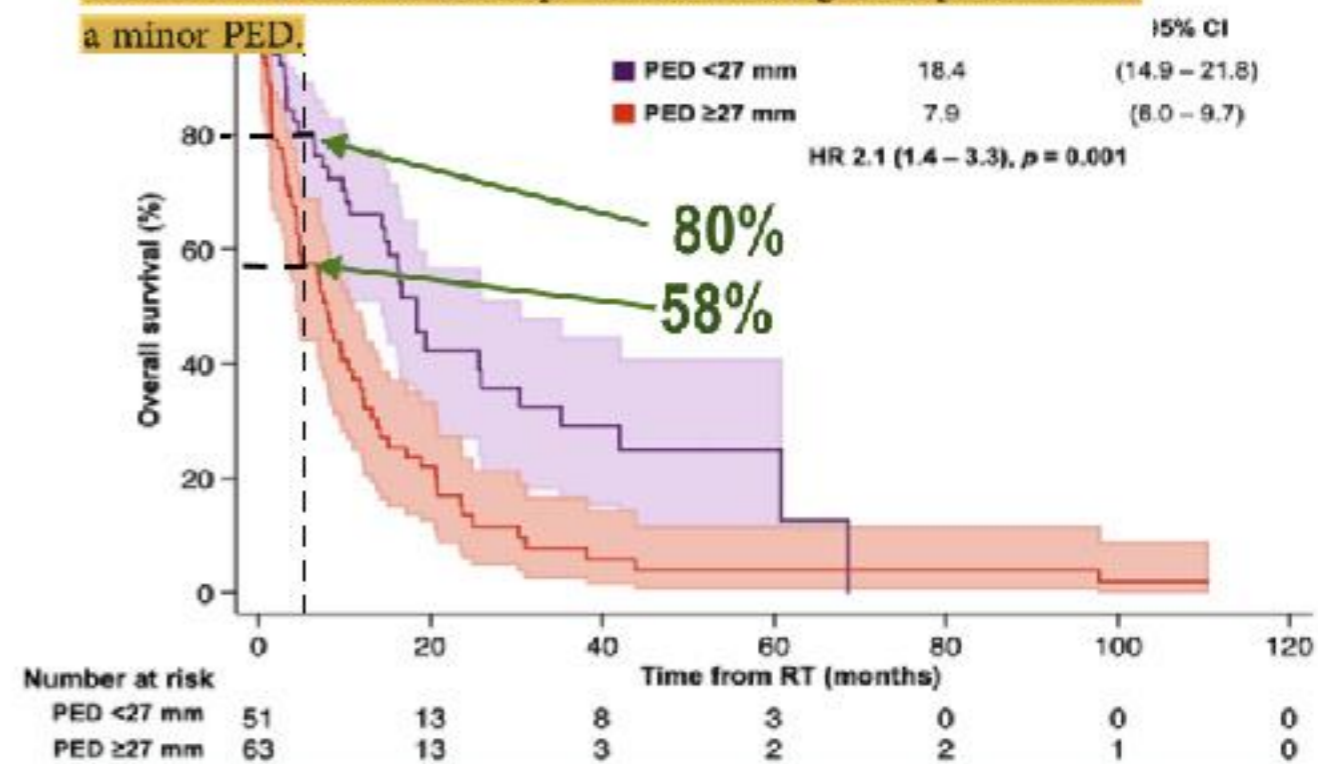
Error 2. El % de PFS en el “minor group” es mayor que el % de OS (73.5 vs. 72.5)

B

The 6-month iPFS rate was also higher in the minor PED subgroup, 73.5% versus 41.5%, $p < 0.001$, respectively. On bivariate



versus major PED subgroup, respectively (Figure 3C). The 6-month OS rate was 72.5% vs. 45.9%, $p = 0.007$, favoring those patients with a minor PED.



13



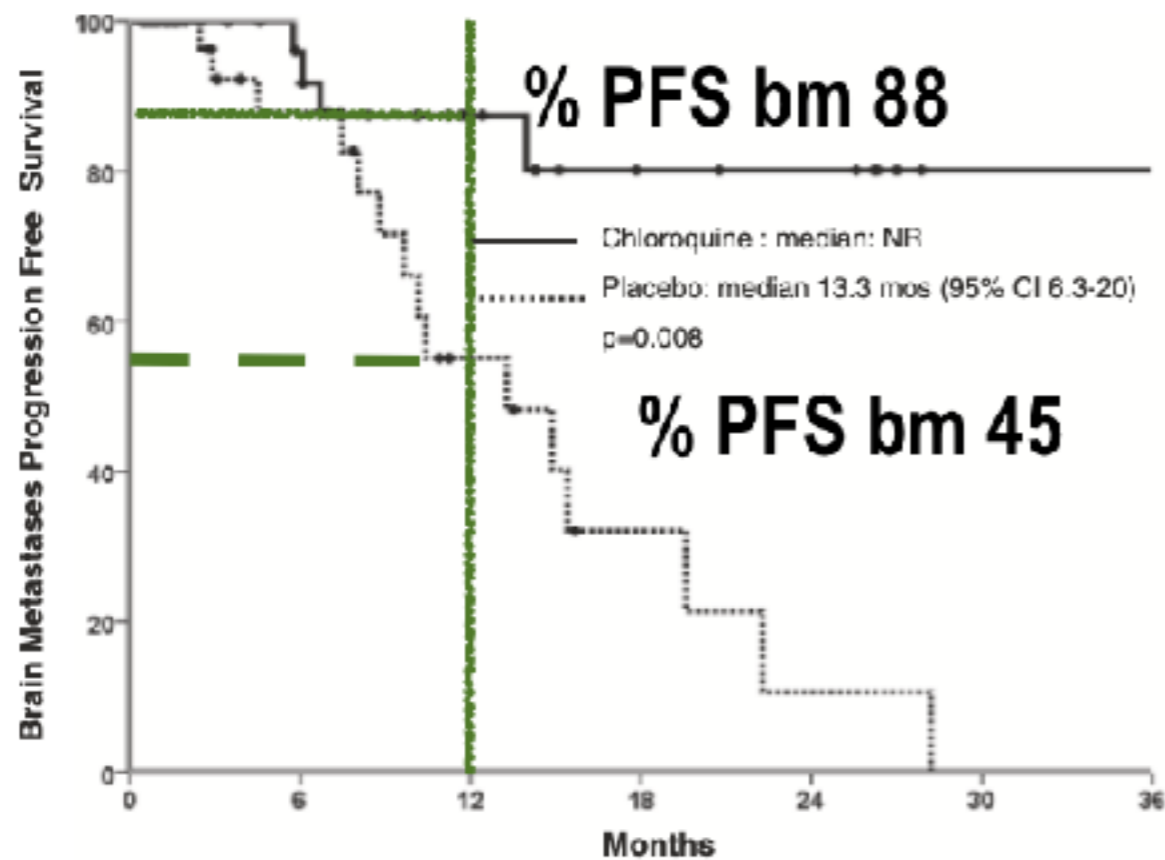
Clinical Trial > [Radiat Oncol.](#) 2013 Sep 8:8:209. doi: 10.1186/1748-717X-8-209.

Phase II randomized, double-blind, placebo-controlled study of whole-brain irradiation with concomitant chloroquine for brain metastases

Luis L Rojas-Puentes ¹, Marcelino Gonzalez-Pinedo, Alejandro Crismatt, Alette Ortega-Gomez, Carlos Gamboa-Vignolle, Rodrigo Nuñez-Gomez, Yasmiren Dorantes-Gallareta, Claudia Arce-Salinas, Oscar Arrieta

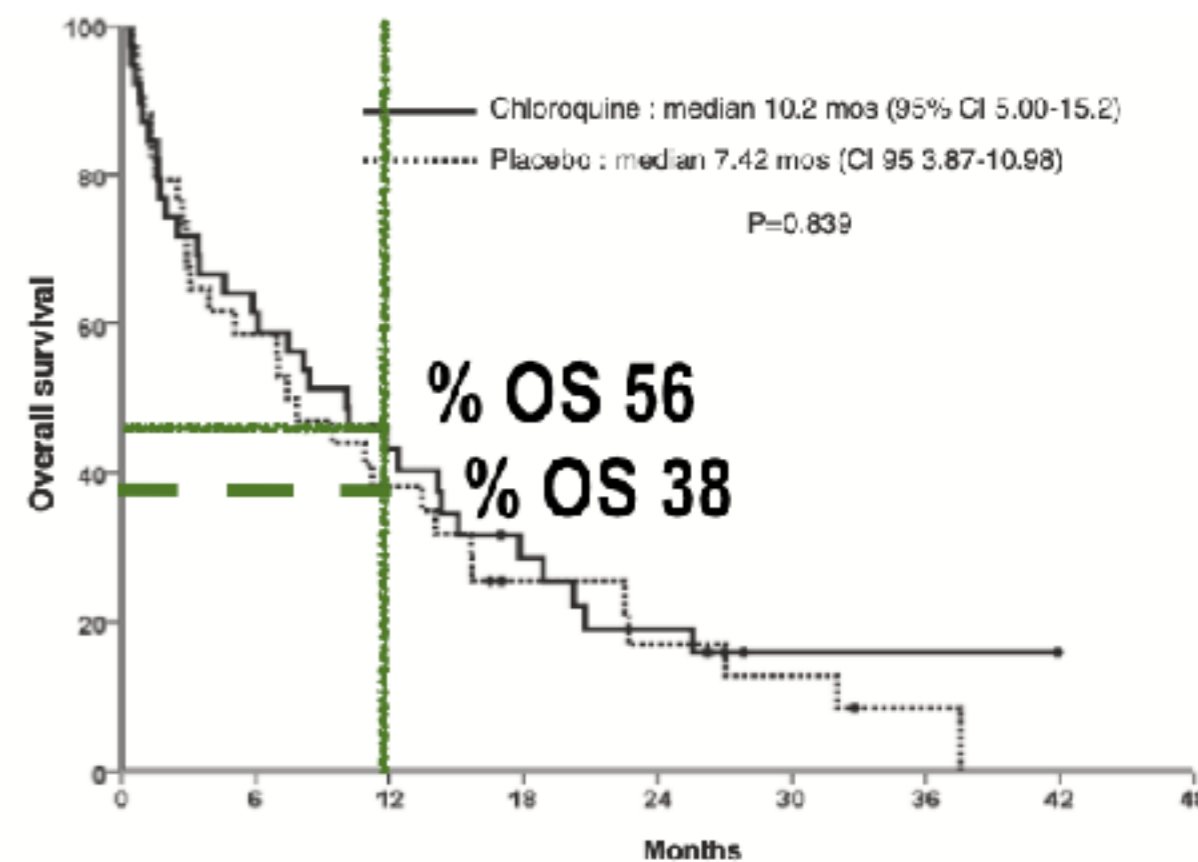
POR DEFINICIÓN, LA PFS bm **NO** PUEDE SER MAYOR QUE LA OS

A Progression Free Survival of Brain Metastases



Placebo	34	20	8	3
CLQ	39	23	13	7

B Overall Survival



Placebo	34	20	12	7
CLQ	39	24	15	9

**NUEVE ARTÍCULOS EN DONDE EL DR. ARRIETA PUBLICA DATOS
ERRÓNEOS.**

LA PFS MAYOR QUE LA OS

**MÁS ALLÁ DE SI LOS ERRORES SON "HONESTOS" O INTENCIONALES,
DE SI ALTERAN O NO LAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO,**

**ES UN ACTO DE ÉTICA CIENTÍFICA
Y HONESTIDAD INTELLECTUAL
HACER NOTAR AL EDITOR LOS ERRORES Y RETIRAR
LOS ARTÍCULOS
O SOLICITAR CORRECCIONES A LOS MISMOS**

3. “OTROS” ERRORES GRAVES

14



Clinical Trial > J Clin Oncol. 2010 Jul 20;28(21):3463-71. doi: 10.1200/JCO.2009.26.6452.

Epub 2010 Jun 14.

Randomized phase II trial of All-trans-retinoic acid with chemotherapy based on paclitaxel and cisplatin as first-line treatment in patients with advanced non-small-cell lung cancer

15



Randomized Controlled Trial > Neurology. 2011 Sep 6;77(10):987-95.

doi: 10.1212/WNL.0b013e31822e045c. Epub 2011 Aug 24.

Retinoic acid reduces chemotherapy-induced neuropathy in an animal model and patients with lung cancer

JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY 2010

UN AÑO ANTES EL DR. ARRIETA PUBLICO EL TRABAJO EN FORMA DE ABSTRACT
EL ABSTRACT Y LA PUBLICACIÓN COMPLETA DIFIEREN SUBSTANCIALMENTE.

	Patient no.	F-up months	ORR %	mPFS months	mOS months	<u>Hypertrig.</u> Pat n*	RARB+ IHC**
ABSTRACT	112	9.4	53.7 vs. 16.8	5.2 vs. 7.6	12 vs. 21.2	25 vs. 5	75 vs. 6
FULL	107	12.5	57.7 vs. 27.7	6 vs. 8.9	9.6 vs. 23.5	4 vs. 0	60 vs. 6

*Hypertriglyceridemia. ** Number of patients evaluated

5 PACIENTES ELIMINADOS. CURIOSAMENTE LOS RESULTADOS EN RESPUESTA, PFS Y OS MEJORARON LOS PACIENTES "NO SE ELIMINAN SIMPLEMENTE" EN TODO CASO, SE ANALIZAN COMO "CENSADOS".

15 PACIENTES ELIMINADOS PARA LA EVALUACION INMUNOHISTOQUIMICA

LO MÁS GRAVE. PUBLICACIÓN EN NEUROLOGY evaluando el efecto del ATRA en la neuropatía

**MISMO ESTUDIO CLÍNICO
MISMOS PACIENTES,
MISMA ALEATORIZACIÓN,
PACIENTES EVALUADOS ANTES DE 1 CICLO Y DESPUÉS DEL CICLO 2.**

From April 2005 to October 2007, 107 patients were enrolled, 55 and 52 patients were included in the P/PC or the RA/PC group, respectively. *JCO 2010*

ECOG PERFORMANCE STATUS $p=0.444$ two-sided

0	4	2
1	39	42
2	12	8

From August 2005 to December 2008, 107 patients with NSCLC were assessed for eligibility. 92 of them fulfilled the selection criteria; 47 and 45 patients were randomized to P/PC or the RA/PC group. Neurological evaluation was done before and after the 2nd cycle of CT. *Neurology 2011*

ECOG PERFORMANCE STATUS $p=0.0017$ two-sided

1	29	41
2	15	3
3	3	1

**DIFERENTES FECHAS DE INICIO Y TÉRMINO
DIFERENTES PROPORCIONES DE PACIENTES EN SU ECOG**

Comparative Study > J Thorac Oncol. 2011 Nov;6(11):1955-9.

doi: 10.1097/JTO.0b013e31822f655f.

16

Genotyping non-small cell lung cancer (NSCLC) in Latin America

Oscar Arrieta ¹, Andrés Felipe Cardona, Guillermo Federico Bramuglia, Aly Gallo, Alma D Campos-Parra, Silvia Serrano, Marcelo Castro, Alejandro Avilés, Edgar Amorin, Ricardo Kirchuk, Mauricio Cuello, José Borbolla, Omar Riemersma, Henry Becerra, Rafael Rosell; CLICaP

Collaborators, Affiliations + expand

PMID: 22005474 DOI: 10.1097/JTO.0b013e31822f655f

Free article



17

> J Thorac Oncol. 2015 May;10(5):838-843. doi: 10.1097/JTO.0000000000000481.

Updated Frequency of EGFR and KRAS Mutations in NonSmall-Cell Lung Cancer in Latin America: The Latin-American Consortium for the Investigation of Lung Cancer (CLICaP)

Oscar Arrieta ¹, Andrés F Cardona ², Claudio Martín ³, Luis Más-López ⁴, Luis Corrales-Rodríguez ⁵, Guillermo Bramuglia ⁶, Omar Castillo-Fernandez ⁷, Matthew Meyerson ⁸, Eduardo Amieva-Rivera ⁹, Alma Delia Campos-Parra ⁹, Hernán Carranza ², Juan Carlos Gómez de la Torre ⁴, Yanina Powazniak ¹⁰, Fernando Aldaco-Sarvide ¹¹, Carlos Vargas ², Mariana Trigo ¹⁰, Manuel Magallanes-Maciel ¹¹, Jorge Otero ², Roberto Sánchez-Reyes ⁹, Mauricio Cuello ¹²

MÚLTIPLES ERRORES EN NÚMERO DE PACIENTES, MUTACIONES Y PORCENTAJES

TABLE 1. Patient Characteristics

Variable	ESTUDIO 2011					Total
	Argentina	Colombia	Mexico	Peru		
No. of patients	244	322	381	203		1150
Mean age ± SD	61.3 ± 10.1	58.8 ± 12.8	59.8 ± 13.2	62.8 ± 10.9		60.3 ± 12.2
Gender, n (%)						
Female	140 (57.4)	216 (67.1)	215 (56.2)	99 (48.8)		670 (58.4)
Male	104 (42.6)	106 (32.9)	164 (43.3)	104 (51.2)		478 (41.6)
Histology, n (%)						
Adenocarcinoma	244 (100) 244	263 (81.7) 293	300 (79.6) 377	203 (100) 203		1010 (90.4) 1117
LCC		6 (2.0)	3 (0.8)			9 (0.8)
NOS/nondifferentiated		16 (5.5)	14 (3.7)			30 (2.7)
SCC		8 (2.7)	60 (15.9)			68 (6.1)

TABLE 1. Demographic and Clinical Characteristics of All Patients

Positive (%)	247 (14.4)	486 (34.3)	479 (24.7)	201 (51.1)	32 (31.4)	47 (27.3)	1491 (26.0)
Negative (%)	1466 (85.6)	931 (65.7)	1460 (75.3)	192 (48.9)	70 (68.6)	125 (72.7)	4247 (74.0)

ESTUDIO 2015

TABLE 2. EGFR Mutation Frequency for Demographic and Clinical Characteristic Subgroups

Country/Region	N	EGFR Mutation		P
		Frequency (%)	95% CI	
Argentina	1713	247 (14.4)	12.8–15.6	
Mexico	1417	486 472 (36.7 34.3%)	34.4–39.6	
Colombia	1939	479 456 (25.2 24.7%)	23.2–27.2	
Peru	203 393	201 (51.1)	46.2–55.9	
Panama	174	47 41 (25.5 27.3%)	21.8–29.2	
Costa Rica	102	32 (32.7 31.4%)	23.4–41.9	<0.001

If the median falls outside de Confidence Interval (median 32 95%CI 12.4 - 20.6) it suggest that the sample data is not consistent with the population parameter.

Además, es prácticamente imposible que tengan el mismo Intervalo de Confianza dos poblaciones tan distintas en numero y seguimiento

Arrieta O, et al. CLICaP. Genotyping non-small cell lung cancer (NSCLC) in Latin America. J Thorac Oncol. 2011 doi: 10.1097/JTO.0b013e31822f655f.

Arrieta O, et al. CLICaP. Updated Frequency of EGFR and KRAS Mutations in NonSmall-Cell Lung Cancer in Latin America: The Latin-American Consortium for the Investigation of Lung Cancer (CLICaP) J Thorac Oncol. 2015 doi: 10.1097/JTO.0000000000000481.

2011	no. pat	PFS m	OS m
	56	15.1 (95%CI 12.4-17.9)	16.4 (95%CI 12.4-20.6)
			
2015	no. pat	PFS m	OS m
	315	15.9 (95%CI 12.4-20.6)	32 (95%CI 12.4 -20.6)
			



> [J Thorac Oncol.](#) 2012 Aug;7(8):1228-34. doi: 10.1097/JTO.0b013e3182582a93.

Clinical and pathological characteristics, outcome and mutational profiles regarding non-small-cell lung cancer related to wood-smoke exposure

[Oscar Arrieta](#)¹, [Alma D Campos-Parra](#), [Carlos Zuloaga](#), [Alejandro Avilés](#), [Roberto Sánchez-Reyes](#), [María Eugenia Vázquez Manríquez](#), [Emilia Covián-Molina](#), [Luis Martínez-Barrera](#), [Abelardo Meneses](#), [Andrés Cardona](#), [José R Borbolla-Escoboza](#)

Affiliations + expand

PMID: 22659961 DOI: [10.1097/JTO.0b013e3182582a93](#)

Free article

TRES CIFRAS DE MUTACIONES EN EL MISMO ARTÍCULO. 111, 113, 136

ERRORES EN LO NÚMEROS Y % DE PACIENTES TRATADOS

TABLE 1. Clinical Pathological and Molecular Characteristics Related to Exposure History in All Patients

EGFR mutation					
Positive	111	25 (27.5)	18 (12.9)	51 (55.4)	17 (40.5)
Exon 18 (G719 C/S/A)	in the text 113	—	—	—	—
Exon 19 (deletions)		—	—	—	—
Exon 20 (S768I)		—	—	—	—
Exon 21 (L858R)		—	—	—	—
Negative		66 (72.5)	122 (87.1)	41 (44.6)	25 (59.5)

TABLE 2. Type of Mutations in EGFR and KRAS

Variable	Exposure				P
	None (%)	Smoking	Wood Smoke (%)	Smoking and Wood Smoke	
All Genotyping Patients					
EGFR mutation					
Exon 18 (G719 C/S/A)	1 (9.1)	2 (18.2%)	6 (54.5)	2 (18.2%)	0.074
Exon 19 (Deletions)	23 (30.3)	12 (15.8%)	34 (44.7)	7 (9.2%)	0.001
Exon 20 (T790M)	1 (12.5)	2 (25.0%)	3 (37.5)	2 (25.0%)	0.407
Exon 20 (S768I)	2 (20.0)	4 (40.0%)	3 (30.0)	1 (10.0%)	0.966
Exon 21 (L858R)	6 (19.4)	6 (19.4%)	12 (38.7)	7 (22.6%)	0.016
KRAS mutation	33	26	58	19	136
Codon 12	7 (20)	23 (65.7)	3 (8.6)	2 (5.77)	0.009
Codon 13	0 (0)	0 (0%)	1 (100)	0 (0)	0.685

Among the of patients, 81.9% received systemic che-motherapy and 31.2% EGFR-TKIs.

TABLE 3. Response to Treatments for All Patients

Exposure	652 N	Response to CT			p	285 N	Response to EGFR-TKIs		
		Negative (%)	Positive (%)				Negative (%)	Positive (%)	p
None	136	64	36	0.911	66	72.7	27.3	<0.001	
Smoking	291	62.9	37		94	68.3	11.7		
WSE	139	60.4	39.6		60	60	40		
WSE + smoking	86	39.5	60.5		18	61.1	38.9		

CT, computed tomography; EGFR, epidermal growth factor receptor; TKI, tyrosine kinase inhibitor; WSE, wood-smoke exposure.

81.9 % of 914 is 748
748 received CT
only 652 showed

31.2 % of 914 is 285
285 received TKI
only 238 showed



> [Lung Cancer](#). 2015 Nov;90(2):161-6. doi: 10.1016/j.lungcan.2015.08.010. Epub 2015 Aug 22.

Different mutation profiles and clinical characteristics among Hispanic patients with non-small cell lung cancer could explain the "Hispanic paradox"

Oscar Arrieta ¹, Laura  Alejandra Ramírez-Tirado ², Renata Báez-Saldaña ³, Omar Peña-Curiel ², Giovanni Soca-Chafre ², Eleazar-Omar Macedo-Perez ⁴

Affiliations + expand

PMID: 26358312 DOI: [10.1016/j.lungcan.2015.08.010](#)

18

> [J Thorac Oncol](#). 2012 Aug;7(8):1228-34. doi: 10.1097/JTO.0b013e3182582a93.

Clinical and pathological characteristics, outcome and mutational profiles regarding non-small-cell lung cancer related to wood-smoke exposure

Oscar Arrieta ¹, Alma D Campos-Parra, Carlos Zuloaga, Alejandro Avilés, Roberto Sánchez-Reyes, María Eugenia Vázquez Manríquez, Emilia Covián-Molina, Luis Martínez-Barrera, Abelardo Meneses, Andrés Cardona, José R Borbolla-Escoboza

Affiliations + expand

PMID: 22659961 DOI: [10.1097/JTO.0b013e3182582a93](#)

Free article



On the Hispanic paradox in lung cancer

ARTICLE INFO

Keywords

Lung cancer
EGFR mutations
Treatment
Tyrosine kinase inhibitors
Chemotherapy

Dear Editor,

We have read with interest Arrieta et al.'s publication [1], reporting on the mutation profiles of Hispanic NSCLC that were consecutively treated at the thoracic oncology unit of the National Cancer Institute, Mexico, between 2007 and 2014. The results indicate that among 1260 patients, 340 had EGFR mutation (27%). In a previous study, 2012 Arrieta et al. [2] reported the results from years 2007–2010 on 914 patients. Though possible, it is pretty odd that 914 were treated from 2007 to 2010, but in the following 4-year period, the added number of patients was only 346 (for a total of 1260). In the 2012 report, Arrieta et al. presented inconsistencies throughout the publication in the number of patients with EGFR; the reported numbers were 113, 111, 126 and 238 whose percentages varied from 30.4% to 35.54%.

Moreover, when analyzing the response to TK inhibitors, they reported 238 patients analyzed. More importantly, in the 2012 publication [2], they acknowledged that EGFR mutations could not be determined in all patients because many had already been diagnosed before coming to the Institution and biopsies could not be repeated. However, in the 2015 report [1], they analyzed all patients, including patients from the first cohort in which they reported a lack of paraffin-embedded tissue. These issues pose serious concerns about the interpretability of the data, as in the first report [2], EGFR mutations were as high as 35.4%. In contrast, in the 2015 report, with only 346 additional patients, it was 27%. To explain the result of 27%, it would imply that from the 346 additional patients, the number of mutated patients should have been only 25 (7.3%). The overall survival rate reported in both studies is worrisome. In the 2012 publication, the median follow-up time was 6.9 ± 13.5 months and the median OS 16.9 months; however, in 2015, after three years,

they reported a median follow-up time of 13.1 months (0.6–111) and a median OS of 23 months (95%CI 19.4–36.2). These issues merit caution on the author conclusions.

Declaration of competing interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

References

- [1] O. Arrieta, L.A. Ramírez-Tirado, R. Báez-Sadaña, O. Peña-Cariel, G. Soca-Chafre, E. O. Macedo-Perez, Different mutation profiles and clinical characteristics among Hispanic patients with non-small cell lung cancer could explain the "Hispanic paradox", *Lung Cancer* 90 (2015) 161–166, <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2015.08.010>.
- [2] O. Arrieta, A.D. Campos-Farra, C. Zuloaga, A. Avilés, R. Sánchez-Reyes, M. E. Manríquez, E. Covián-Molina, L. Martínez-Barresa, A. Meneses, A. Cardona, J. R. Borbolla-Escobedo, Clinical and pathological characteristics, outcome and mutational profiles regarding non-small-cell lung cancer related to wood-smoke exposure. *J. Thorac. Oncol.* 7 (2012) 1228–1234, <https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e3182582a93>.

John Rodriguez*

Mexico National Cancer Institute Mexico, Mexico

* Address: Mexico National Cancer Institute, San Fernando 22, Tlalpan 14080, Mexico City, Mexico.

E-mail address: res.integrityteam@proton.me.

> [Lung Cancer](#). 2024 Jul;193:107853. doi: 10.1016/j.lungcan.2024.107853. Epub 2024 Jun 8.

In response to "On the Hispanic paradox in lung cancer"

[Oscar Arrieta](#)¹

Affiliations + expand

PMID: 38875937 DOI: [10.1016/j.lungcan.2024.107853](#)

RESPONSE IN SHORT, by Dr. Arrieta

Dr. Rodriguez has missinterpreted the data

Our response letter. Non accepted.

All patients treated for lung cancer at the Lung Cancer Clinic (Instituto Nacional de Cancerología—INCan) of Mexico from 2007

to 2010 were evaluated

2007-2010. 914 pacientes % mut EGFR 30.4%

No additional samples available

112 mut

30.4% de 368 pacientes

2010-2014. 1260 pacientes % mut EGFR 27%

340 mut

27 % de 1260 pacientes

346 additional patients from 2010-2014

Demographic, clinical, molecular and pathological data of 1260 consecutive patients treated from the thoracic oncology unit were collected from the National Cancer Institute of Mexico from 2007 to 2014.

How can the % of mutations moved from 30.4% to 27% with only 46 additional patients if the first 914 did not have more samples available?

It would imply that the mutation % of these 346 patients should had been 7.3% (which is absolutely low) to give in total 27%

Authors did not provide the approved protocol number for the 2015 study. The 2012 study states that it was carried out under the INCan's Review Board and Ethics Committee protocol number 077/055/OMI- 2007 and registered as ClinicalTrials.gov NCT01023828 (5).

Surprisingly, the registered protocol (NCT01023828) title was "**K-RAS oncogene mutation in patients with advanced non-small cell lung cancer associated with exposure to wood smoke and tobacco smoking: Therapeutic Implications.**" The study was started in 2005-04 and completed in 2012-06 and was intended to analyze 50 patients with tobacco smokers, 50 patients with wood-smoke exposure, and 50 patients with none. These issues raise serious ethical questions for authors as ethics committee approval should be provided for all studies involving humans, and the investigation must be carried out according to the approved protocol (5). These mandatory issues were unmet by Dr. Arrieta's publications, and it is crucial that they are addressed promptly.



Clinical Trial > [Oncologist](#). 2015 Aug;20(8):967-74. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0058.

Epub 2015 Jul 14.

Nutritional Status, Body Surface, and Low Lean Body Mass/Body Mass Index Are Related to Dose Reduction and Severe Gastrointestinal Toxicity Induced by Afatinib in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer

Oscar Arrieta ¹, Martha De la Torre-Vallejo ², Diego López-Macías ², David Orta ², Jenny Turcott ², Eleazar-Omar Macedo-Pérez ², Karla Sánchez-Lara ², Laura-Alejandra Ramírez-Tirado ², Vickie E Baracos ²

Affiliations + expand

PMID: 26173839 PMCID: [PMC4524769](#) DOI: [10.1634/theoncologist.2015-0058](#)

MÚLTIPLES INCONSISTENCIAS EN LOS DATOS

Table 1. Baseline characteristics of patients ($n = 68$ for sarcopenia; $n = 84$ for other variables)

		<i>n</i> (%)
Nutritional status, SGA		
A	34 instead of 84	8 (23.5)
B		16 (47.1)
C		10 (29.4)
Sarcopenia		
With sarcopenia	45 instead of 68	31 (68.8)
Without sarcopenia		4 (31.2)

CT scan images analyzed and included in analysis ($n = 68$) and the remaining 23?

Table 3. Factors associated with severe adverse effects (n 74)

Nutritional status (**74?**, if only it was evaluated in **34** patients)

Sarcopenia (**74?**, if only it was evaluated in **45** patients)

How many patients were evaluated for PFS and OS

According to sarcopenia ??????????



> [Oncology](#). 2016;91(4):185-193. doi: 10.1159/000447404. Epub 2016 Jul 23.

Survival of Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Enrolled in Clinical Trials

Oscar Arrieta ¹, Amir Carmona, Laura Alejandra Ramírez-Tirado, Diana Flores-Estrada, Eleazar Omar Macedo-Pérez, Jorge Nogueb Martínez-Hernández, José Francisco Corona-Cruz, Andrés F Cardona, Jaime de la Garza

NÚMERO DE PACIENTES ALTAMENTE DISCORDANTE

Table 1. Baseline characteristics of patients (n = 1,042)

Enrolled in ACT			
No		1065	747 (71.7)
Yes			318 (28.3)
Enrolled exclusively in an ICT			
No		1019	724 (69.5)
Yes			295 (30.5)
Enrolled exclusively in a PCT			
No		1032	889 (86.3)
Yes			143 (13.7)

Table 2. Clinical characteristics of the patients according to a treatment within or outside a research trial

ACT	1042	p value	Exclusively ICT	1042	p value	Exclusively PCT	166
no (n = 747)	yes (n = 295)		no (n = 724)	yes (n = 318)		no (n = 16)	yes (n = 50)

> [Front Oncol.](#) 2020 Sep 29;10:570233. doi: 10.3389/fonc.2020.570233. eCollection 2020.

Risk of Developing Checkpoint Immune Pneumonitis and Its Effect on Overall Survival in Non-small Cell Lung Cancer Patients Previously Treated With Radiotherapy

Feliciano Barrón ¹, Roberto Sánchez ¹, Marisol Arroyo-Hernández ¹, Carolina Blanco ²,
Zyanya L Zatarain-Barrón ¹, Rodrigo Catalán ¹, Maritza Ramos-Ramírez ¹,
Andrés F Cardona ^{3 4 5}, Diana Flores-Estrada ¹, Oscar Arrieta ¹

REPORTE SELECTIVO PARA SUPERVIVENCIA. 96 EN LUGAR DE 101. ERRORES EN EL NÚMERO DE EVENTOS

three (7.5%) to mediastinal lymph nodes. The overall incidence of any-grade ICIP was 21.8% (22/101 patients). Incidence of

Overall Survival	No. (Events)		
Overall	95	95 (42)	42
Wood-smoke exposure			
No	84	44 (27)	48
Yes		40 (21)	
Pneumonitis			
No	96	74 (31)	
Yes		22 (11)	
Pneumonitis \geq 2			
No	96	84 (33)	
Yes		12 (9)	



Multicenter Study > Clin Lung Cancer. 2022 Sep;23(6):522-531.

doi: 10.1016/j.clcc.2022.06.001. Epub 2022 Jun 6.

Mechanisms of Resistance to First-Line Osimertinib in Hispanic Patients With EGFR Mutant Non-Small Cell Lung Cancer (FRESTON-CLICaP)

Andrés F Cardona ¹, Alejandro Ruiz-Patiño ², Gonzalo Recondo ³, Claudio Martín ⁴, Luis Raez ⁵, Suraj Samtani ⁶, José Nicolas Minata ⁷, Juan Bautista Blaquier ⁸, Diego Enrico ⁴, Mauricio Burotto ⁹, Camila Ordóñez-Reyes ², Diego F Chamorro ², Juan Esteban Garcia-Robledo ¹⁰, Luis Corrales ¹¹, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ¹², Luis Más ¹³, Carolina Sotelo ², Luisa Ricaurte ¹⁴, Nicolas Santoyo ², Mauricio Cuello ¹⁵, Sergio Mejía ¹⁶, Elvira Jaller ², Carlos Vargas ¹⁷, Hernán Carranza ¹⁷, Jorge Otero ¹⁷, July Rodríguez ², Pilar Archila ², Maritza Bermudez ², Tatiana Gamez ², Vladmir Cordeiro de Lima ¹⁸, Helano Freitas ¹⁸, Alessandro Russo ¹⁹, Carolina Polo ²⁰, Umberto Malapelle ²¹, Diego de Miguel Perez ²², Christian Rolfo ²², Lucia Viola ²³, Rafael Rosell ²⁴, Oscar Arrieta ¹²

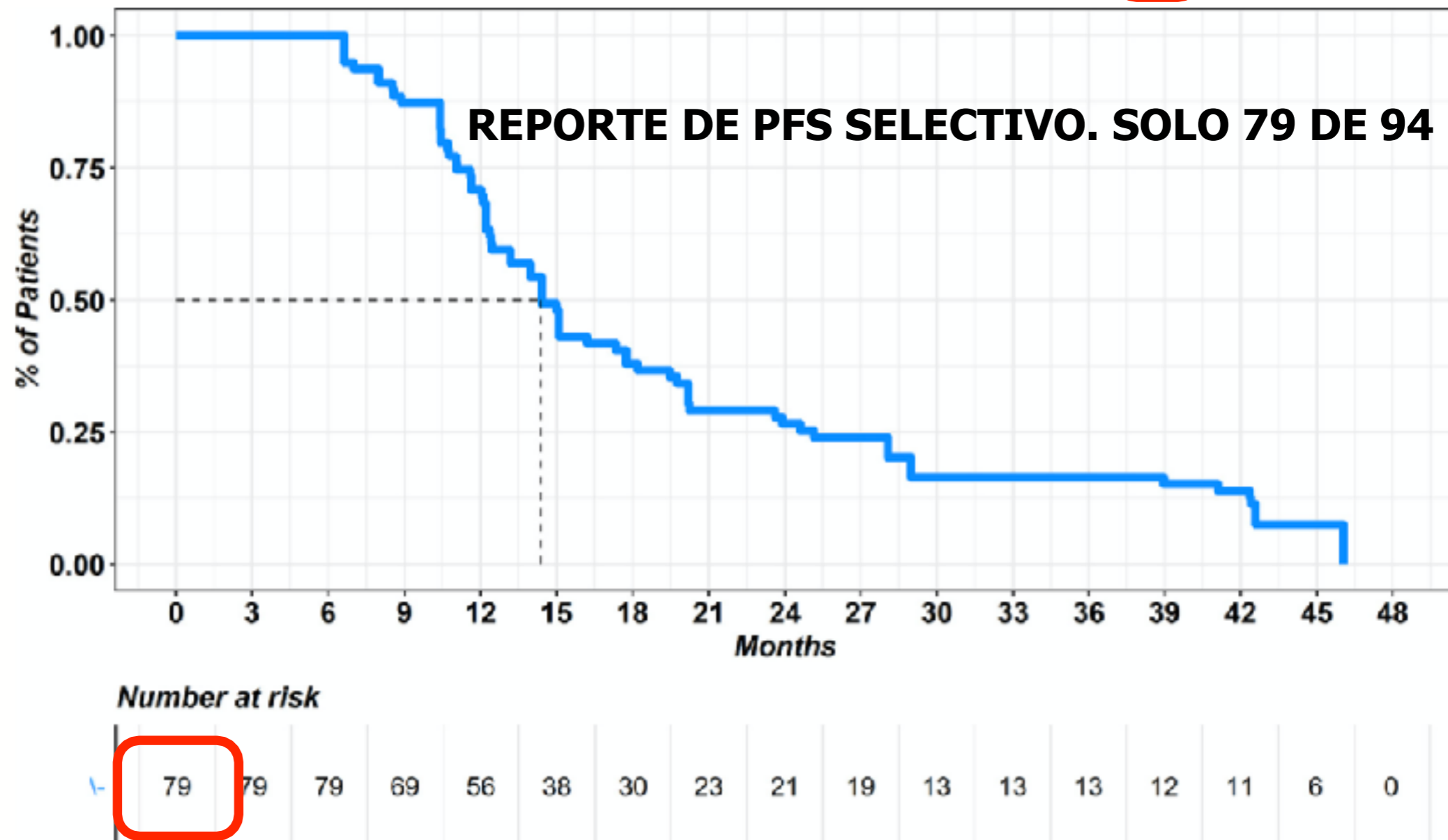
MÚLTIPLES INCONSISTENCIAS EN LOS DATOS

Results

A total of 94 patients were included in the analysis (treated at centers in Mexico (n = 11; 11.7%), Argentina (n = 26; 27.7%), Costa Rica (n = 4; 4.3%), Colombia (n = 25; 26.6%), Panama (n = 2; 2.1%), Chile (n = 10; 10.6%) and USA (n = 11; 11.7%).

$$11+26+4+25+2+10+11=89$$

SUMA DE PACIENTES POR PAÍSES 89





> [Curr Oncol.](#) 2023 Jun 24;30(7):6097-6110. doi: 10.3390/curroncol30070454.

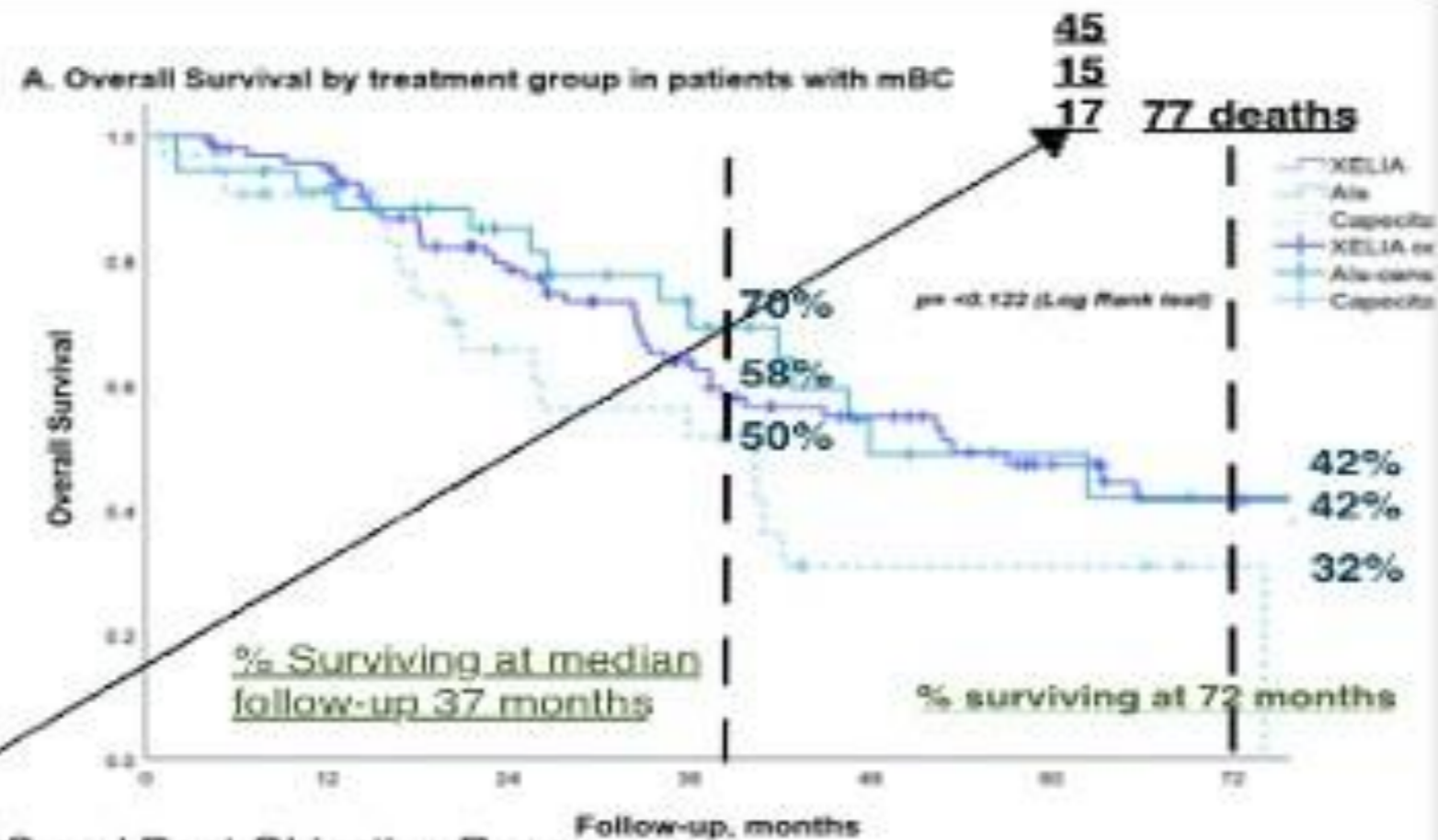
Capecitabine Plus Aromatase Inhibitor as First Line Therapy for Hormone Receptor Positive, HER2 Negative Metastatic Breast Cancer

Alberto Alvarado-Miranda ¹, Fernando Ulises Lara-Medina ¹, Wendy R Muñoz-Montaña ¹,
Juan W Zinser-Sierra ², Paula Anel Cabrera Galeana ¹, Cynthia Villarreal Garza ³,
Daniel Sanchez Benitez ¹, Jesús Alberto Limón Rodríguez ⁴, Claudia Haydee Arce Salinas ¹,
Alberto Guijosa ⁵, Oscar Arrieta ⁶

DISCREPANCIA EN NÚMERO DE EVENTOS DE MUERTE EN TABLA Y FIGURA

Table 2

	Bone		63 (37)	88 deaths
Treatment		% surviving		% death
XELIA		43% 41	95 (54)	57%
Hormone therapy		54% 19	35 (16)	46%
Chemotherapy		45.5% 15	33 (18)	54.5%



3.2. PFS, OS and Best Objective Response
During the follow-up period, 77 patients died

45 were (47.4%) in the combination,
15 were (42.9%) in the AL,
17 were (51.5%) in the capecitabine.

Figure 1. (A) Overall survival with either XELIA, hormone therapy with metastatic breast cancer or chemotherapy.



Published Erratum > *Curr Oncol.* 2024 Nov 15;31(11):7177-7179.

doi: 10.3390/curroncol31110529.

Correction: Alvarado–Miranda et al. Capecitabine Plus Aromatase Inhibitor as First Line Therapy for Hormone Receptor Positive, HER2 Negative Metastatic Breast Cancer. *Curr. Oncol.* 2023, 30, 6097–6110

Alberto Alvarado-Miranda ¹, Fernando Ulises Lara-Medina ¹, Wendy R Muñoz-Montaña ¹, Juan W Zinser-Sierra ², Paula Anel Cabrera Galeana ¹, Cynthia Villarreal Garza ³, Daniel Sanchez Benitez ¹, Jesús Alberto Limón Rodríguez ⁴, Claudia Haydee Arce Salinas ¹, Alberto Guijosa ⁵, Oscar Arrieta ⁶

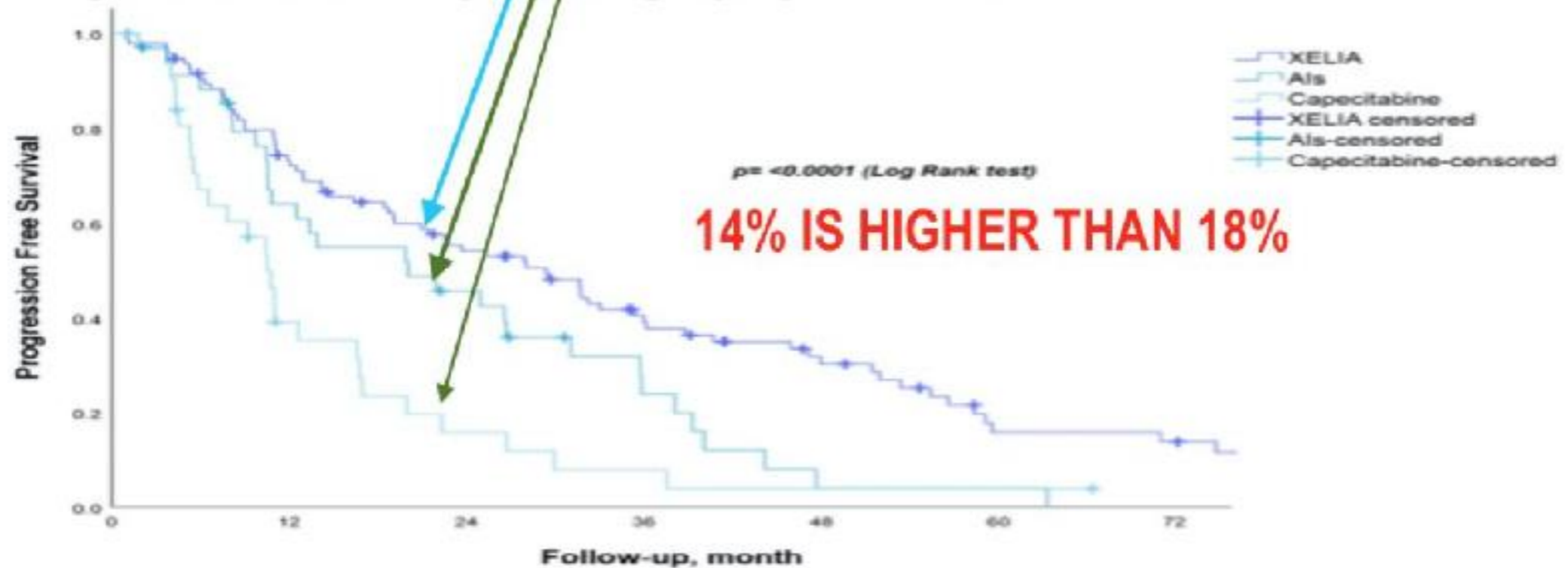
NO CORRIGIERON LA PFS

LA CURVA CON PFS DE 14% ESTÁ POR ARRIBA DE LA DE 18%

EN ESPERA DE “SEGUNDA CORRECCIÓN O RETIRO DE LA PUBLICACIÓN

	Total (Events)	Median	p-Value	HR (95% CI)	p-Value		
	163 (127)	(95% CI)					
Treatment	Events %	PFS%					
XELIA	74	95 (70)	26	29.37 (20.91–37.84)	<0.001	1.669 (1.330–2.094)	<0.001
Hormone therapy	86	35(30)	14	20.04 (7.29–32.79)			
Chemotherapy	82	33 (27)	18				

B. Progression-Free Survival by treatment group in patients with mBC





> [J Thorac Oncol.](#) 2024 Jan;19(1):119-129. doi: 10.1016/j.jtho.2023.08.007. Epub 2023 Aug 10.

Impact of Concurrent Genomic Alterations on Clinical Outcomes in Patients With ALK-Rearranged NSCLC

Luis Lara-Mejía ¹, Andres F Cardona ², Luis Mas ³, Claudio Martin ⁴, Suraj Samtani ⁵,
Luis Corrales ⁶, Graciela Cruz-Rico ¹, Jordi Remon ⁷, Marco Galvez-Nino ⁸, Rossana Ruiz ⁹,
Eduardo Rios-Garcia ¹, Fernanda Tejada ¹, Natalia Lozano-Vazquez ¹, Rafael Rosell ¹⁰,
Oscar Arrieta ¹¹

CARTA ENVIADA Y CARTA CONTESTADA



LETTERS TO THE EDITOR

Concurrent Genomic Alterations on Clinical Outcomes in Patients With Alk-rearranged NSCLC

To the Editor:

We congratulate the authors for their work, "Impact of concurrent genomic alterations on clinical outcomes in patients with ALK-rearranged NSCLC."¹ The authors conclude that patients with ALK rearrangements and CDKN2A/B loss were substantially associated with worse outcomes and a higher risk of brain metastases. The evidence presented in this study is not just informative, but potentially transformative, as it may help select patients with ALK-positive tumors for treatment escalation and closer brain follow-up.

Given the study's potential impact on clinical practice, we encourage authors to address the following issues.

The study reported on 116 patients analyzed; nevertheless, in the results, it is stated that 83 patients tested positive for ALK rearrangement through immunohistochemistry and confirmed by next-generation sequencing (NGS). Three were negative through immunohistochemistry but later confirmed by NGS, whereas 38 patients underwent NGS alone for a total of 124 patients (83 + 3 + 38), which exceeds the total cohort number. In Table 2, the authors state that the number of patients with no CDKN2A/B loss was 89, and 21 had CDKN2A/B loss, totaling 110 instead of 116 patients. In Table 3, responses to central nervous system disease were registered in 17 out of 21 patients. Nevertheless, the total number of responses displayed was 24 (12 complete and 12 partial). If we add the four patients with stable disease, the total number of patients evaluated is 28 and not 21.

Furthermore, according to the results, 62.4% of patients (72 patients) had concurrent genomic alterations, but in Figures 3C and D, the number of patients with



concurrent genomic alterations is 78. Lastly, the text states that there are 21 patients with CDKN2A/B loss and 33 patients with P53 mutations; nevertheless, in Supplementary Figure 2, the corresponding numbers are 32 and 11, respectively. Given the relatively small sample size and multiple subgroup comparisons, correcting these inconsistencies is crucial to supporting the author's conclusions.

CRedit Authorship Contribution Statement

Leticia Bornstein-Quevedo: Conceptualization, Formal analysis, Investigation, Writing - original draft, Writing - review & editing.

Alfonso Duenas-Gonzalez: Conceptualization, Formal analysis, Investigation, Writing - original draft, Writing - review & editing.

Disclosure

Authors declare not to have conflict of interest.

Leticia Bornstein-Quevedo, MD, MSc
Immunohistochemistry and Molecular Biology
Laboratory
ImmunoQ
Mexico City, Mexico

Alfonso Duenas-Gonzalez, MD, PhD
Departamento de Medicina Genómica y Toxicología
Ambiental
Instituto de Investigaciones Biomédicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Mexico City, Mexico
Subdirección de Investigación Básica
Instituto Nacional de Cancerología, Tlalpan
Mexico City Mexico

Reference

1. Lara-Mejia L, Cardona AF, Mas L, et al. Impact of concurrent genomic alterations on clinical outcomes in patients with ALK-rearranged NSCLC. *J Thorac Oncol*. 2024;19:119-129.

e20 Letters to the Editor

Letter in Response



To the Editor:

We appreciate the authors' feedback on our article, "Impact of Concurrent Genomic Alterations on Clinical Outcomes in Patients With ALK-Rearranged NSCLC."¹

The letter raises questions regarding patients' counts within the tables and a supplementary figure presented in our article. We would like to clarify these points and address the specific concerns raised.

To begin with, it is important to note that our original sample size included 124 patients. Nevertheless, this was reduced to 116 patients in the published version. This reduction may account for some of the discrepancies noted in the letter.

Addressing the first comment, we confirm that the reported patient numbers are accurate; however, the description in the article may have caused confusion. All patients (N = 116) underwent confirmatory next-generation sequencing (NGS) testing, regardless of the initial diagnostic method (immunohistochemistry or NGS alone). Of these, 83 patients were initially identified as ALK-positive NSCLC by immunohistochemistry, whereas three patients were initially negative and later confirmed by NGS. The remaining 30 patients were diagnosed exclusively through NGS.

Regarding Table 2, although we acknowledge an error in the reported numbers, it is not as the authors of the letter have suggested. Table 2 accurately reflects the objective response rate for patients with assessable responses (n = 110) based on their CDKN2A/B status. The error lies in the "Overall Population" column, where the sample size should have been 110 instead of 116. This correction affects subsequent parameters in the table but does not alter the statistical significance of our analysis.

In Table 3, we identified a reporting error regarding the complete response rate for patients with CDKN2A/B

alterations. The correct number is five patients (14.3%). This correction does not affect the analysis performed.

The fourth point raised concerns the number of patients reported with co-alterations. The letter suggests a count of 72 patients, derived from our reported percentage. This discrepancy arises because the percentage (62.4%) was calculated from the original sample of 124. With the adjusted sample of 116, the corrected proportion should be 67.4%. As with previous adjustments, this change does not affect the conclusions of our study.

Last, we did not fully understand the authors' concerns in the final observations, although we acknowledge a labeling error in Supplementary Figure 2. In the life tables, two subgroup names are incorrectly assigned: CDKN2A/B(-)/TP53wt and CDKN2A/B(+)/TP53mt. This error, made by our production team, will be corrected to improve clarity. Notably, this labeling error does not affect the curves or color scheme in the figure.

We thank the authors of the letter for their thorough review. Although these corrections do not alter the study's conclusions, they contribute to the overall accuracy and quality of our article.

Oscar Arrieta, MD, MSc
Thoracic Oncology Unit
Instituto Nacional de Cancerología (INCan)
Mexico City, Mexico

Luis Lara-Mejia, MD, MSc
Thoracic Oncology Unit
Instituto Nacional de Cancerología (INCan)
Mexico City, Mexico

Reference

1. Lara-Mejia L, Cardona AF, Mas L, et al. Impact of concurrent genomic alterations on clinical outcomes in patients with ALK-rearranged NSCLC. *J Thorac Oncol*. 2024;19:119-129.

PUBLICATION. 116 patients were eligible

LETTER: Our original sample size included 124 patients. Nevertheless, this was reduced to 116 patients in the published version.

PUBLICATION: In 38 patients (30.4%), ALK rearrangement was only assessed using by NGS

LETTER: 30 patients were diagnosed exclusively through NGS.

PUBLICATION: Table 2. Overall population 116.

LETTER: The error lies in the “Overall Population” column, where the sample size should have been 110 instead of 116.

PUBLICATION: CR rate for patients with CDKN2A/B alterations, 12 (57.1)

LETTER: Error regarding the CR rate for patients with CDKN2A/B alterations. The correct number is five patients (14.3%).

PUBLICATION; Concurrent genomic alterations at diagnosis were identified in 72 (62.4%) of the cases

LETTER: the percentage (62.4%) was calculated from the original sample of 124. With the adjusted sample of 116, the corrected proportion should be 67.4%.

PUBLICATION. Text. 21 patients with CDKN2A/B loss and 33 pt with P53 mutations; Suppl Fig 2, 32 and 11

LETTER: labeling error in Suppl Fig 2. two subgroup names are incorrectly assigned:

CDKN2A/B(-)/TP53wt and CDKN2A/B(p)/TP53mt. This error, made by our production team, will be corrected to improve clarity.



> [Vaccines \(Basel\)](#). 2023 Oct 19;11(10):1612. doi: 10.3390/vaccines11101612.

Impact of Tyrosine Kinase Inhibitors on the Immune Response to SARS-CoV-2 Vaccination in Patients with Non-Small Cell Lung Cancer

Norma Hernández-Pedro ¹, Marisol Arroyo-Hernández ², Pedro Barrios-Bernal ¹, Eunice Romero-Nuñez ¹, Victor A Sosa-Hernandez ³, Santiago Ávila-Ríos ⁴, José Luis Maravillas-Montero ³, Rogelio Pérez-Padilla ⁵, Diego de Miguel-Perez ⁶, Christian Rolfo ⁶, Oscar Arrieta ²

CORRECCION ENVIADA PARA MI APROBACION. NO LA APROVÉ



Correction

Correction: Hernández-Pedro et al. Impact of Tyrosine Kinase Inhibitors on the Immune Response to SARS-CoV-2 Vaccination in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer. *Vaccines* 2023, 11, 1612

Norma Hernández-Pedro ¹, Marisol Arroyo-Hernández ², Pedro Barrios-Bernal ¹, Eunice Romero-Núñez ¹, Victor A. Sosa-Hernández ³, Santiago Ávila-Ríos ⁴, José Luis Maravillas-Montero ³, Rogelio Pérez-Padilla ⁵, Diego de Miguel-Perez ⁶, Christian Rolfo ⁶ and Oscar Arrieta ^{1*}

Citation: Hernández-Pedro, N.; Arroyo Hernández, M.; Barrios-Bernal, P.; Romero-Núñez, E.; Sosa-Hernández, V.A.; Ávila, S.; Maravillas Montero, J.L.; Pérez-Padilla, R.; de Miguel-Pérez, D.; Rolfo, C.; et al. Correction: Hernández-Pedro et al. Impact of Tyrosine Kinase Inhibitors on the Immune Response to SARS-CoV-2 Vaccination in Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer. *Vaccines* 2023, 11, 1612. *Vaccines* 2024, 12, x. <https://doi.org/10.3390/xxxxx>

- ¹ Laboratorio de Medicina Personalizada, Instituto Nacional de Cancerología, S.S.A., San Fernando 22 Sección XVI, Tlalpan, Mexico City 14080, Mexico; nhernandezp@incan.edu.mx (N.H.-P.); pedrobarrios@ciencias.unam.mx (P.B.-B.); eunice.romero@gmail.com (E.R.-N.)
 - ² Thoracic Oncology Unit, Instituto Nacional de Cancerología, S.S.A., San Fernando 22 Sección XVI, Tlalpan, Mexico City 14080, Mexico; marisol.neumologia@gmail.com
 - ³ Red de Apoyo a la Investigación, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, postal code 14080, Mexico; md.victor.sosa@gmail.com (V.A.S.-H.); maravillas@icm.unam.mx (J.L.M.-M.)
 - ⁴ Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Calzada de Tlalpan 4502, Belisario Domínguez Sec: XVI, Tlalpan, Mexico City 14080, Mexico; santiago.avila@cieni.org.mx
 - ⁵ Department of Research on Tobacco and COPD, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Calzada de Tlalpan 4502, Belisario Domínguez Sec: XVI, Tlalpan, Mexico City 14080, Mexico; perezpad@unam.mx
 - ⁶ Mount Sinai Health System, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY 11776, USA; diego.demiguelperez@mssm.edu (D.d.M.-P.); christian.rolfo@mssm.edu (C.R.)
- * Correspondence: oscararrietaincan@gmail.com

The authors would like to make the following corrections to this published paper [1]. As currently published, there is a mistake in Table 2. Some proportions were not accurately located within each section. Moreover, additional changes were made to subtitles to improve their clarity. The correct Table 2 appears below. Data marked in red are the only ones that need to be added to the current table in the article, according to their respective clinical characteristics.

EN ESPERA DE LA DECISIÓN DE NUEVAS CORRECCIONES O RETIRO DEL ARTÍCULO

Ifonso Duenas

De:

alfonso_duenasg@yahoo.com

Para:

Marijana Maric

Vaccines Editorial Office

mié, ene. 1 a las 8:58 p. m.

Dear Marijana and editors

I have revised the corrected version. Starting with the change of title, which is not a wordy issue but a different work restricted to 79 adenocarcinomas, this manuscript requires significant rewriting to accurately reflect the new focus.

As can be seen in the marked PDF attachment, tables 1 and 2 need to be changed to describe only the 79 adenocarcinoma patients. Figures 1 (except the one changed analyzing the 79 adenocarcinomas by age), **2, and 3 DO NOT LONGER ARE VALID.**

Additional observations are written in the pdf.

As can be appreciated, this manuscript cannot be corrected. It should be retracted without delay, and the author should submit the modified manuscript for peer review. Otherwise, there will appear to be TWO PAPERS, THE ORIGINAL AND THE CORRECTED VERSION.

Best

Alfonso

★
> [Cancer Biomark.](#) 2023 Nov 23. doi: 10.3233/CBM-230124. Online ahead of print.

Liquid biopsy in clinical outcomes and detection of T790M mutation in metastatic non-small cell lung cancer after progression to EGFR-TKI

David Heredia ¹, Laura Bolaño-Guerra ², Angel Valencia-Velarde ¹, Edgar Varela Santoyo ³,
Luis Lara-Mejía ¹, Daniela Cárdenas-Fernández ¹, Mario Orozco ⁴, Graciela Cruz-Rico ¹,
Oscar Arrieta ¹

Affiliations + expand

PMID: 38108344 DOI: [10.3233/CBM-230124](#)

was 44%. In patients with characteristics associated

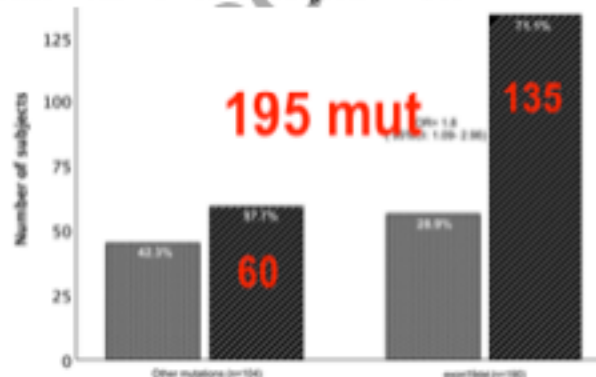
130

Table 3
Results of liquid biopsy

	n ^a	%
T790M exon19del	69	56.4
T790ML858R	27	22.3
T790M exon19del + L858R	2	0.7
T790M	24	19.6

122
mut.

Notes. ^aTotal number of subjects = 295.



195 mut

MÚLTIPLES ERRORES EN TODOS LOS RESULTADOS

130
122
131
195

?

Number at risk

	0	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120
Negative	101	94	71	45	29	16	9	4	4	1	0
Positive	192	163	88	45	19	9	4	3	1	1	0

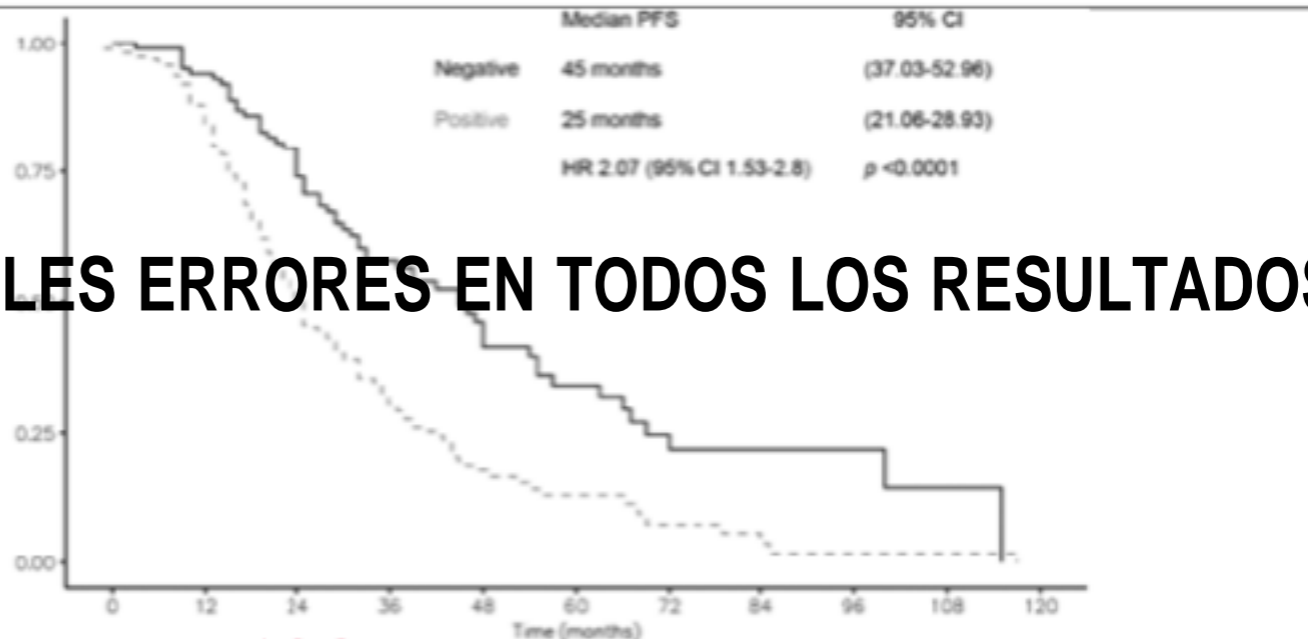


Fig. 2. Overall survival (OS) according to liquid biopsy (LB) results. CI: confidence interval. HR: hazard ratio. Statistical significance was set at *p-value < 0.05.

performed, and the T790M was detected for a total of 131 patients (44%) (Table 3).

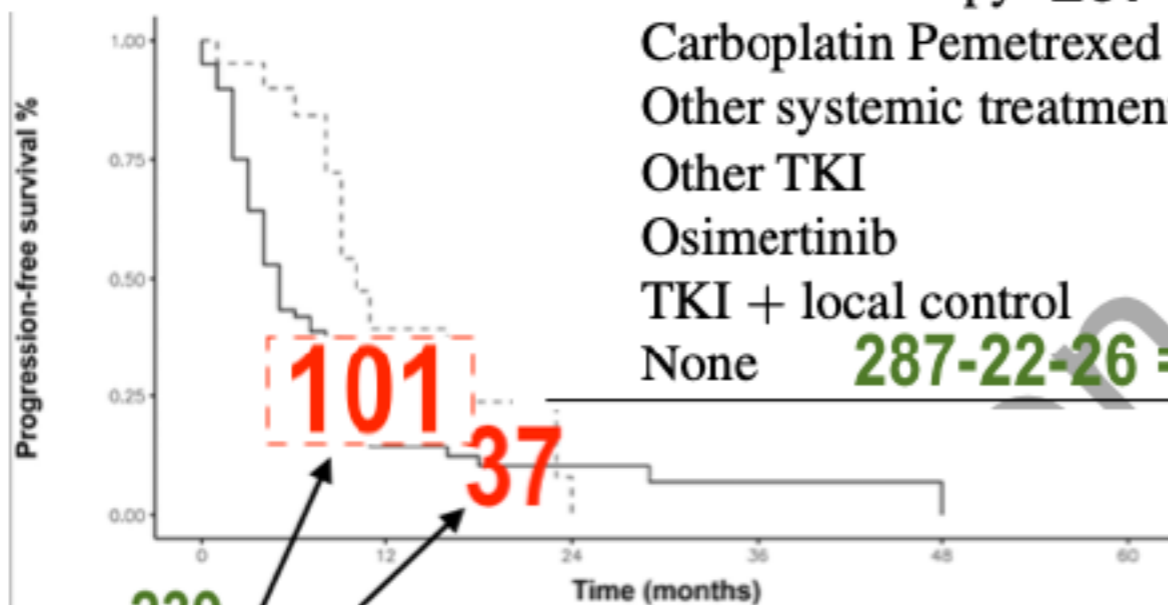
Second-line therapy 287

Carboplatin Pemetrexed	139	47.1
Other systemic treatment	30	10.2
Other TKI	51	17.3
Osimertinib	22	7.5
TKI + local control	19	6.4
None	26	8.8

287 - 22 - 26 = 239

	Median PFS	95% CI
Other	27 months	(25-32)
Osimertinib	46 months	(36-NR)

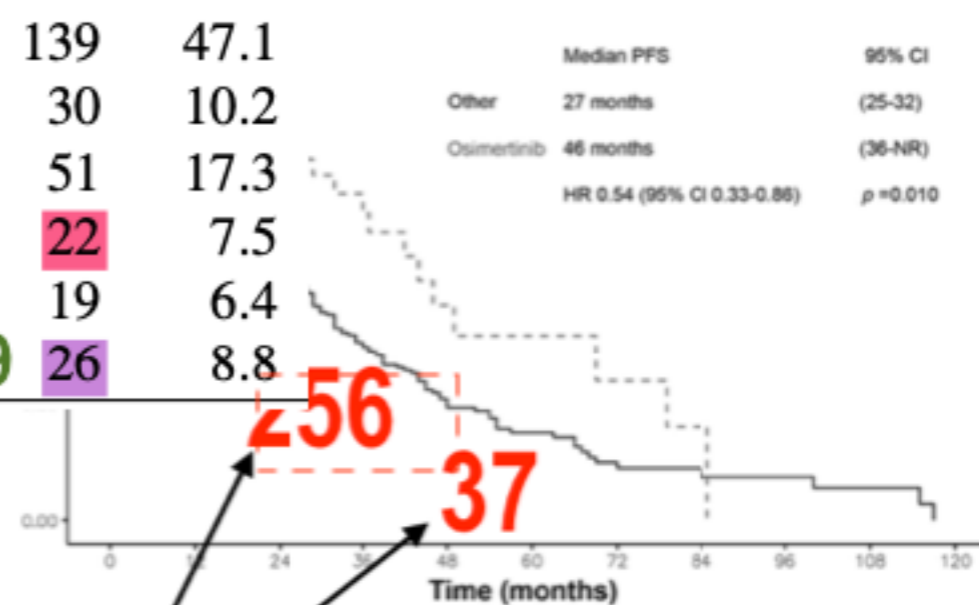
HR 0.54 (95% CI 0.33-0.88) p = 0.010



239

	0	12	24	36	48	60
Other	101	7	3	2	1	0
Osimertinib	21	5	1	0	0	0

22



239

	0	24	36	48	60	72	84	96	108	120	
Other	256	222	133	73	41	21	10	6	5	2	0
Osimertinib	37	36	26	17	7	4	3	1	0	0	0

22

Fig. 3. Survival of patients with T790M mutation at disease progression. A) PFS of patients treated with osimertinib versus those treated with other drugs. B) Overall survival (OS) in patients treated with osimertinib vs. other treatments. PFS: progression-free survival. CI: confidence interval. NR: not rated. HR: hazard ratio. Statistical significance was set at a p-value < 0.05.



> [Oncologist](#). 2024 Oct 19:oyae272. doi: 10.1093/oncolo/oyae272. Online ahead of print.

Evaluation of a risk-sharing agreement for atezolizumab treatment in patients with non-small cell lung cancer: a strategy to improve access in low-income countries

Oscar Arrieta ¹, Maritza Ramos-Ramírez ¹, Homero Garcés-Flores ², Luis A Cabrera-Miranda ¹, Ana Pamela Gómez-García ¹, Herman Soto-Molina ², Andrés F Cardona ³, Ángel Valencia-Velarde ¹, Marco Gálvez-Niño ⁴, Silvia Guzmán-Vázquez ²

REPORTA 30 PACIENTES PERO EN EL TEXTO DICE QUE 9 PACIENTES ADICIONALES FUERON EXCLUIDOS?. SON 30 O 39 PACIENTES EN EL ESTUDIO?

LOS NÚMEROS DE PACIENTES EN RIESGO PARA LOS QUE TIENEN RP Y Non-RP NO HACEN SENTIDO

Table 1. Patients' features at baseline and following the fourth cycle of atezolizumab treatment.

	Overall	Type of response		P-value
	N = 30	RP n = 11	Non-RP n = 19	
Deceased	23 (76.7)	4 (36.4)	19 (100.0)	<.001

cally significant ($P < .0001$), [Figure 1C](#). Additionally, 9 (30%) patients were excluded from this analysis due to DP or death before the fourth cycle.

Baseline characteristics are reported in [Table 1](#). Thirty patients were included, with 11 (37%) in the RP group and 19 (63%) in the non-RP group. Of these, 23 (77%) and 7

How many patients in the study??

Number at risk

PFS 30 3 3

Number at risk

RP 11 ??? 3
nonRP 10 0 0

Number at risk

OS 30 11 6 4

Number at risk

RP 11 ??? 8 3
nonRP 14 2 0 0



Review > JCO Glob Oncol. 2024 Dec:10:e2400338. doi: 10.1200/GO-24-00338.

Epub 2024 Dec 5.

Real-World Survival Outcomes in Non-Small Cell Lung Cancer: The Impact of Genomic Testing and Targeted Therapies in a Latin American Middle-Income Country

Juan-Manuel Hernandez-Martinez ^{1 2 3}, Alberto Guijosa ², Diana Flores-Estrada ²,
Graciela Cruz-Rico ², Jenny Turcott ², Norma Hernández-Pedro ^{1 2}, Enrique Caballé-Perez ^{1 2},
Andrés F Cardona ^{4 5 6}, Oscar Arrieta ^{1 2}

LOS NÚMEROS DE PACIENTES EN RIESGO SON DIFERENTES PARA PFS Y OS.

PFS TARGETED

Number at risk

No driver	75	33	15	5	4	4
Driver, No TTx	165	69	33	20	15	11
Driver, TTx	206	150	94	66	45	27

OS TARGETED

Number at risk

No driver	75	45	25	18	10	8	4	4
Driver, No TTx	107	48	26	15	11	7	5	4
Driver, TTx	284	184	117	78	45	29	19	12

PFS EGFR-POSITIVE

Number at risk

No TTx	52	20	9	7	5	5
TTx	107	76	40	23	12	9

OS EGFR-POSITIVE

Number at risk

No TTx	23	10	7	6	5	5
TTx	136	88	50	35	25	17

PFS ALK-POSITIVE

Number at risk

No TTx	23	12	7	6	5	2
TTx	89	70	54	43	33	18

OS ALK-POSITIVE

Number at risk

No TTx	5	2	1	1	1	1
TTx	107	88	64	43	20	12



Clinical Trial > Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2021 Sep 1;111(1):81-92.

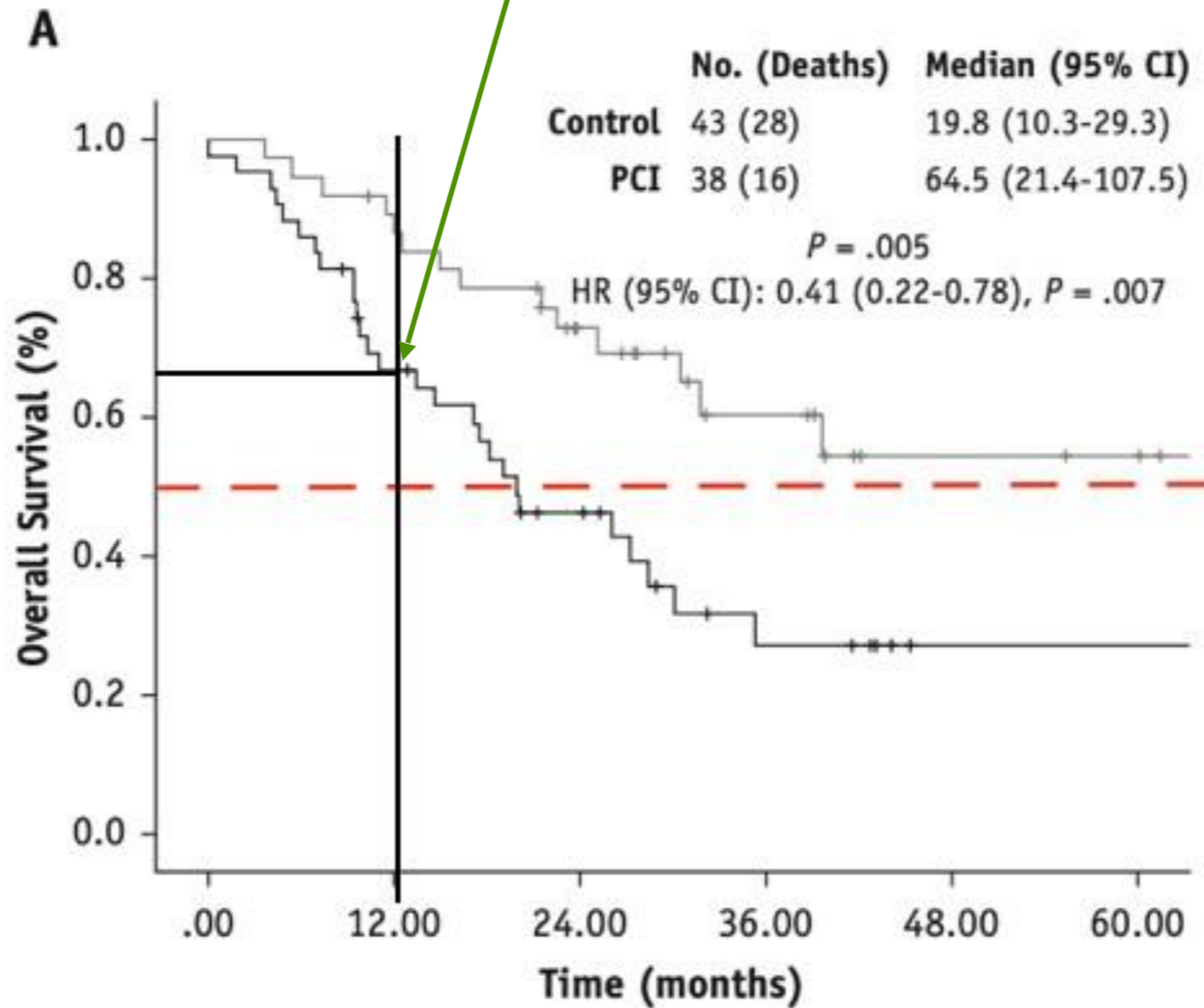
doi: 10.1016/j.ijrobp.2021.04.017. Epub 2021 Apr 26.

Prophylactic Cranial Irradiation in Patients With High-Risk Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer: Quality of Life and Neurocognitive Analysis of a Randomized Phase II Study

Federico Maldonado ¹, Ana Gonzalez-Ling ², Luis F Oñate-Ocaña ²,
Luis Antonio Cabrera-Miranda ², Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ², Jenny G Turcott ²,
Diana Flores-Estrada ², Francisco Lozano-Ruiz ², Bernardo Cacho-Díaz ³, Oscar Arrieta ⁴

% OS A 12 MESES Aprox. 68% vivos = 29 pacientes vivos

Los autores indican que 37 pacientes del grupo control fueron evaluados



12 MESES

Mediana 64.5 m errónea
 La median no se alcanza

No. At risk						
Control	43	29	21	16	16	16
PCI	38	33	28	25	24	24



4



Clinical Trial > Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2021 Aug 1;110(5):1442-1450.

doi: 10.1016/j.ijrobp.2021.02.044. Epub 2021 Feb 25.

Prophylactic Cranial Irradiation Reduces Brain Metastases and Improves Overall Survival in High-Risk Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer Patients: A Randomized phase 2 Study (PRoT-BM trial)

Oscar Arrieta ¹, Federico Maldonado ², Jenny G Turcott ³, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ³, Feliciano Barrón ³, Mónica Blake-Cerda ², Luis Antonio Cabrera-Miranda ³, Andrés F Cardona ⁴, Jaime G de la Garza ³, Rafael Rosell ⁵

30



Clinical Trial > Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2021 Sep 1;111(1):81-92.

doi: 10.1016/j.ijrobp.2021.04.017. Epub 2021 Apr 26.

Prophylactic Cranial Irradiation in Patients With High-Risk Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer: Quality of Life and Neurocognitive Analysis of a Randomized Phase II Study

Federico Maldonado ¹, Ana Gonzalez-Ling ², Luis F Oñate-Ocaña ², Luis Antonio Cabrera-Miranda ², Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ², Jenny G Turcott ², Diana Flores-Estrada ², Francisco Lozano-Ruiz ², Bernardo Cacho-Díaz ³, Oscar Arrieta ⁴

MISMO SEGUIMIENTO EN AMBOS ESTUDIOS

Enviados para publicación la misma fecha

IJROBP. (AGOSTO 2021) The median follow-up for the entire population was **43.1** months (95% CI: 38.8-47.3). As for the experimental group, median follow-up was **42.6** (95% CI: 38.2-47.1), while for the control arm median follow-up was **46.9** 95% CI, 40.6-53.3).

AUTORES REPORTAN 37 PACIENTES VIVOS (44 EVENTOS)

IJROBP. (SEPTIEMBRE 2021) Median follow-up for the entire population was **43.1 months** (95% confidence interval [CI], 38.8-47.3). For each arm of the study, median follow-up in the experimental (PCI) arm was **42.6** months (95% CI, 38.2-47.1), whereas for the control (SoC) arm, median follow-up was **46.9** months (95% CI, 40.6-53.3).

AUTORES REPORTAN 17 PACIENTES VIVOS

3



Randomized Controlled Trial > Support Care Cancer. 2018 Sep;26(9):3029-3038.

doi: 10.1007/s00520-018-4154-9. Epub 2018 Mar 17.

The effect of nabilone on appetite, nutritional status, and quality of life in lung cancer patients: a randomized, double-blind clinical trial

Jenny G Turcott ¹, María Del Rocío Guillen Núñez ², Diana Flores-Estrada ¹,
Luis F Oñate-Ocaña ³, Zyanya Lucia Zatarain-Barrón ¹, Feliciano Barrón ¹, Oscar Arrieta ⁴

MÁS PACIENTES EVALUADOS DE LOS INDICADOS EN EL FLUJO DE PACIENTES

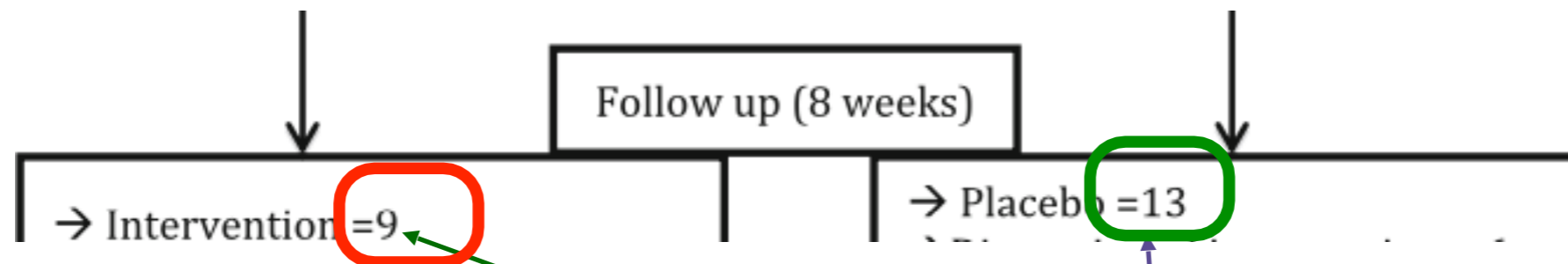


Table 1 Baseline characteristics among nabilone and control group patients

Control	Experimental
$n = 19$	$n = 14$
Mean \pm SD	Mean \pm SD

Table 2 Differences in appetite and anthropometric and biochemical variables after 8 weeks of treatment

Control	Experimental
$n = 19$	$n = 14$

Table 3 Energy intake evaluation in control and experimental groups, differences in 8 weeks

Control	Δ	Experimental
$n = 19$		$n = 14$



Randomized Controlled Trial > JAMA Oncol. 2024 Mar 1;10(3):305-314.

doi: 10.1001/jamaoncol.2023.5232.

Mirtazapine as Appetite Stimulant in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer and Anorexia: A Randomized Clinical Trial

Oscar Arrieta ¹, Daniela Cárdenas-Fernández ², Oscar Rodríguez-Mayoral ³,
Salvador Gutiérrez-Torres ⁴, Diana Castañares ¹, Diana Flores-Estrada ¹, Edgar Reyes ¹,
Dennis López ¹, Pablo Barragán ¹, Pamela Soberanis Pina ¹, Andres F Cardona ⁵,
Jenny G Turcott ²

MÁS PACIENTES EVALUADOS DE LOS INDICADOS EN EL FLUJO DE PACIENTES

JAMA Oncology | Original Investigation

Mirtazapine as Appetite Stimulant in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer and Anorexia
A Randomized Clinical Trial

86 Randomized

43 Allocated to intervention

43 Allocated to observation

31 Analyzed

27 Analyzed

Table 2. Anthropometric, Body Composition and Appetite Differences at Baseline and After 8 Weeks of Treatment (continued)

Characteristic	No. (95% CI)		P value ^a
	Placebo	Mirtazapine	
Sarcopenia			
8 wk	24/29 (82.8)	20/35 (57.1)	.03 ^b

?

?

24/29 (82.8)

20/35 (57.1)

.03^b

Therapeutic Effects, Side Effects, and Adverse Effects of Neuropsychiatric Drugs in the Context of Treating Cancer-Related Anorexia With Olanzapine and Mirtazapine

They projected their findings with optimism in their abstract, discussion, and conclusions. Their optimism was ill-founded.

Most of the favorable findings reported with mirtazapine emerged from within-group rather than from between-group analyses

In the very few statistically significant between-group comparisons, differences observed may have been false-positive findings related to the large number of cross-sectional comparisons performed at different time points during the trial

In one particularly ill-advised interpretation, a between-groups advantage for mirtazapine for the sarcopenia outcome appeared to be driven by baseline differences between treatment arms; within-group changes in sarcopenia were small.

Last but not least, intent-to-treat longitudinal analyses, expected in RCTs, were not performed. In summary, this RCT failed to make a case for the use of mirtazapine (30 mg/d) to improve 8-week nutritional and anthropometric outcomes in patients with cancer.



Randomized Controlled Trial > [Oncologist](#). 2024 Oct 3;29(10):e1373-e1385.
doi: 10.1093/oncolo/oyae050.

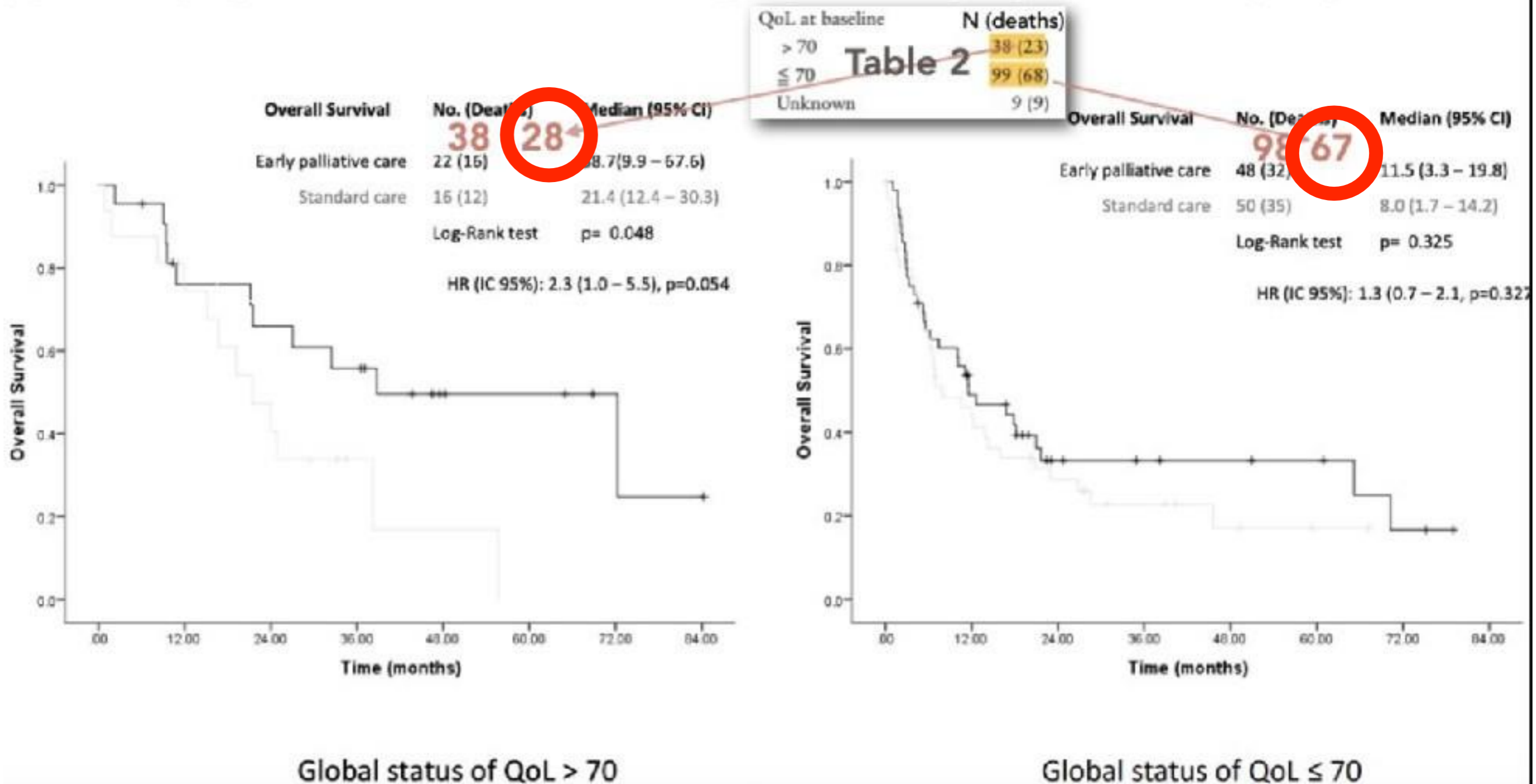
Early Incorporation to Palliative Care (EPC) in Patients With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: The PACO Randomized Clinical Trial

Silvia Allende ¹, Jenny G Turcott ², Emma Verástegui ¹, Oscar Rodríguez-Mayoral ¹,
Diana Flores-Estrada ², Dana Aline Pérez Camargo ¹, Maritza Ramos-Ramírez ²,
Jorge-Negueb Martínez-Hernández ³, Luis F Oñate-Ocaña ², Pamela Soberanis Pina ²,
Andrés F Cardona ^{4 5}, Oscar Arrieta ²

Conclusions

EPC is associated with a significant improvement in OS, although, we observed that the greatest benefit of providing EPC was observed in those with a global **QoL > 70 at baseline**

Supplementary Figure S2. Overall survival between groups according to global health of quality of life.



ARTÍCULO EN DONDE ANALIZAMOS 8 DE SUS PUBLICACIONES



Leticia Bornstein-Quevedo ^{ID} et al.

InmunoQ, Mexico

Highly-cited researchers

Nov 12, 2024



COMMENTARY

Emphasizing the Vital Role of Robust Peer Review: A Series of Publications Highlighting Potential Errors in Results Reporting and a Plea to Editors Preprint v3

We gathered eight publications on lung cancer in different journals on which we previously established communication with editors via formal letters to the editor and direct communications with them to comment on these works. We found that these works needed to meet the basic survival analysis principles. First, the progression-free survival (PFS) or overall survival (OS) percentages visually estimated from the curves do **see more**

QEIOS IS AN EDITORIAL PUBLISHER THAT USES THE POST-PUBLICATION PEER-REVIEW

THE POSTING OF THE PUBLICATION IS IMMEDIATE PROVIDING PASSES THE INITIAL CHECK OF EDITOR

THE POSTED WORK IS LABELED AS “PREPRINT”, ONCE IT HAS AT LEAST 4 POSITIVE REVIEWS IT IS FORMALLY APPROVED AND PUBLISHED

**ON OCTOBER 1ST, 2024, DR ARRIETA ASKED
QEIOS TO REMOVE THE PUBLICATION**

**THIS IS THE COMMUNICATION THAT QEIOS
SENT TO US**



Qeios

De: info@qeios.com

Para: Oscar Arrieta. alfonso.duenasg@yahoo.com

CC: Giorgio Bedogni



mar, oct. 1, 2024 a las 7:46 a. m.



Dear Dr. Arrieta, dear Dr. Duenas-Gonzalez,

we hope this message finds you well. We are writing to address Dr. Arrieta's request for the removal of Dr. Dueñas' commentary titled "*Emphasizing the Vital Role of Robust Peer Review: A Series of Publications Highlighting Potential Errors in Results Reporting and a Plea to Editors*".

Dr. Arrieta, you raised four main reasons for your request:

1. Politically motivated attacks:

While you have mentioned that the commentary is part of politically motivated attacks against you, we currently have no direct evidence to support this claim. We cannot make decisions based solely on allegations; we must focus on the content of the commentary itself, which, on review, appears to present a valid scientific critique rather than a personal attack. The commentary passed our rigorous pre-checks, and there do not appear to be sufficient reasons for removal on these grounds.

2. Submission under pseudonyms:

You mentioned that earlier letters were submitted under pseudonyms. It would be interesting to understand the motivations behind the earlier use of pseudonyms. While we cannot speculate on the reasons (for example, one might assume Dr. Dueñas thought a commentary under his name might not be accepted), we do not have enough information to assess this aspect. What we can see is that, to us, Dr. Dueñas fully disclosed his real identity, and the current submission was made under his real name.

3. Merit of the critique:

You argue that the critiques in the commentary are unfounded. As a neutral platform, Qeios does not assess the scientific merit of arguments directly but ensures that the critique appears to be admissible. In this case, the critique appears to be admissible, and if it is unfounded, that will be determined by the peer reviewers. As outlined on our page <https://www.qeios.com/ethics> : *“At Qeios, we ensure an impartial evaluation process by maintaining a distinct separation of roles. Peer reviewers alone are responsible for assessing the validity of papers, while our editorial team oversees the peer review process by handling any misconduct cases and resolving disputes. This separation eliminates editorial bias, such as blocking critical commentaries or adhering to a publisher’s agenda, and upholds the quality of published research. This structure promotes a fairer and unbiased academic environment.”*

4. Copyright concerns:

You raised concerns about potential copyright issues regarding the images used in the commentary. However, part of the articles cited appear to be open access, meaning no explicit permission is required as long as proper citation is given. For example, the commentary states: *“The following is a series of survival curves from randomized phase III studies published in well-reputed journals (Figure 1) in which requirement 1 was met [8][9][10].”* For other images, the principle of fair use applies when used for criticism and commentary, provided they are properly attributed. This appears to have been respected.

Based on these points, there does not seem to be any valid objective reason to justify removing the commentary at this stage. The commentary appears to present a fair and legitimate scientific critique, not a personal attack, and the authors have used their real names and identities, transparently citing the images in accordance with fair use and copyright rules.

Regarding the merit of the critique, we believe it is in the best interest of all parties to allow the peer review process to evaluate the scientific claims. If the critiques are unfounded, this will be determined independently, publicly, and transparently. We believe that allowing this open peer review process to unfold will provide a more effective resolution than silencing the commentary prematurely.

We trust that, in light of the reasons above, you will agree with this position. It is in everyone's best interest that the review process proceeds impartially. We would also encourage you, Dr. Arrieta, to submit your own public peer review. This will allow you to publicly present the same counterarguments you raised privately in your correspondence to us, so that future reviewers may consider them in their evaluations.

As you mentioned, if you are *"happy to engage in a constructive, evidence-based dialogue regarding [your] scientific work"*, we believe Qeios provides the ideal platform for that. We strive to be a neutral space where science, not politics or anything else, is the focus.

**ARTÍCULOS EN DONDE EL DR. ARRIETA PUBLICA DATOS
ERRÓNEOS (OTROS)**

**MÁS ALLÁ DE SI LOS ERRORES SON "HONESTOS" O INTENCIONALES,
DE SI ALTERAN O NO LAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO,**

**ES UN ACTO DE ÉTICA CIENTÍFICA
Y HONESTIDAD INTELECTUAL
HACER NOTAR AL EDITOR LOS ERRORES Y RETIRAR
LOS ARTÍCULOS
O SOLICITAR CORRECCIONES A LOS MISMOS**

4. ELEMENTOS RELACIONADOS A ACTUACIÓN BAJO CONFLICTOS DE INTERÉS Y MANEJO DE RECURSOS PARA LA INVESTIGACIÓN

CONFLICTOS DE INTERÉS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA

Acta Segunda Sesión Ordinaria de la
Junta de Gobierno del
Instituto Nacional de Cancerología
Ciudad de México, 25 de Octubre de 2023



Este último punto, comentó el **Dr. Gustavo Reyes Terán**, Presidente Suplente, fue una discusión muy larga e importante, donde se tocaron varios puntos que plantea el Dr. Soto y en voz de la Dra. Licona sobre los resultados del Comité de Auscultación siendo un punto que se discutió, debe darse seguimiento, pero también se tocaron otros puntos que deberá tomar en cuenta el Dr. Arrieta sobre medicina privada y sobre la relación con la industria farmacéutica. Dos puntos importantes que se discutieron ampliamente y que pide a la Junta se le de seguimiento con la Función Pública. El otro punto sobre la relación con la industria en los recursos de terceros, que es un punto que se tocará más adelante, una vez que el Dr. Arrieta responda a lo planteado por la Dra. Candela. -----



CARTA DE NO CONFLICTOS DE INTERÉS DEL DR. ARRIETA EN EL PROCESO DE DESIGNACION DEL DIRECTOR GENERAL EN AGOSTO 2023

Ciudad de México a 14 de agosto de 2023

Asunto: Escrito Bajo Protesta de decir de verdad.

00120

**PRESIDENTE DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
P R E S E N T E**

Quien suscribe, bajo protesta de decir verdad y para los efectos legales que sean conducentes, manifiesto en este momento:

1. Mi apego irrestricto al conjunto de principios, valores y reglas de integridad que orientan el desempeño de las funciones y la toma de decisiones de las personas servidoras públicas, determinados en el **Código de Ética de las Personas Servidoras Públicas del Gobierno Federal.**

2. Mi apego irrestricto al conjunto de principios, valores y reglas de integridad que orientan el quehacer de los profesionales de la salud en la atención médica, la formación de recursos humanos en salud y la investigación en salud, **determinados en los valores éticos y bioéticos de respeto a la autonomía, la justicia, la beneficencia, la no maleficencia.**

3. No tengo ninguna situación de conflicto de interés directo o indirecto, real, potencial o evidente, incluyendo interés financiero, profesional, personal, familiar o de relación con un tercero que, en el ámbito de mis atribuciones como Titular de la Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología, pueda derivar en el acceso a cualquier información confidencial, situación de privilegio, u otra condición que genere un beneficio distinto a los establecido normativamente, para alguna organización, entidad o persona durante el desarrollo de mi encargo.

4. Me comprometo que, al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, lo comunicaré a las instancias competentes, a efecto de que se me excuse de conocer, opinar o tomar decisiones en cualquier actividad, que me enfrente a una potencial situación de riesgo de corrupción.

5. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante, persona física o moral, actividad mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y

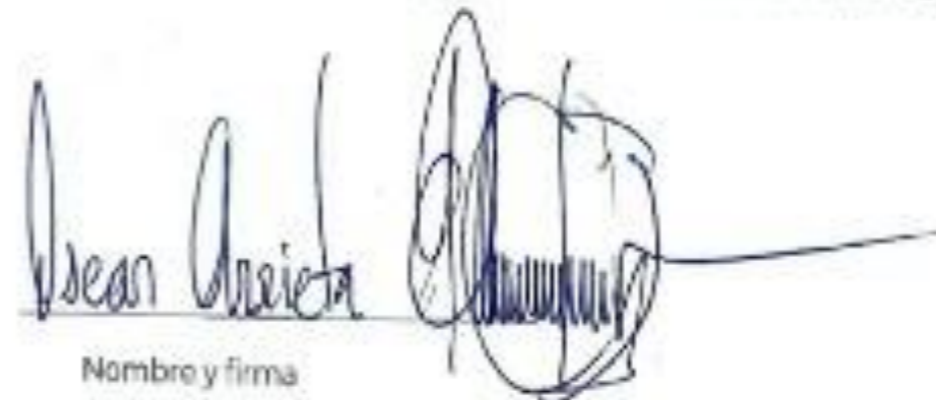
actividades relacionadas directa o indirectamente con mi encargo como Titular de la Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología. Asimismo, todas mis opiniones, decisiones y acciones estarán dirigidas a procurar la atención de las necesidades e intereses de la sociedad, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de la colectividad.

6. Me conduciré en todo momento con total imparcialidad y objetividad en la toma de decisiones sobre las acciones derivadas de mi encargo, así como cumpliré de manera puntual y oportuna las funciones y atribuciones de Titular de la Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología.

7. Comprometeré mi atención de tiempo completo a las funciones y objetivos de mi encargo como Titular de la Dirección General del Instituto Nacional de Cancerología, y no asumiré otros cargos, públicos, privados o sociales que limiten o interfieran el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

8. En el desarrollo de mis funciones haré lo necesario para generar la información pertinente, de calidad y oportuna, en el ámbito de mi competencia, y promoveré la transparencia, la evaluación de resultados de mi gestión, así como la identificación y atención oportuna de áreas de oportunidad.

9. Mi labor como servidor público estará siempre orientada a garantizar el máximo beneficio de las personas que solicitan alguno de los servicios que otorga el Instituto Nacional de Cancerología.



Nombre y firma

66 ARTÍCULOS DEL 2020 AL 2024 EN DONDE MANIFIESTA CONFLICTOS DE INTERÉS

Sombreado en amarillo se muestran los AUTORES, TÍTULO DEL ARTÍCULO NOMBRE DE LA REVISTA Y FECHA Y LIGA DE LA PUBLICACIÓN. El texto en rojo muestra la declaración de interés del Dr Arrieta.

1. Arrieta O, Arroyo-Hernández M, Soberanis-Piña PD, Viola L, Del Re M, Russo A, de Miguel-Perez D, Cardona AF, Rolfo C. Facing an un-met need in lung cancer screening: The never smokers. Crit Rev Oncol Hematol. 2024 Oct;202:104436. doi: 10.1016/j.critrevonc.2024.104436. Epub 2024 Jul 6. PMID: 38977146.

OA reports a relationship with Pfizer that includes: funding grants. OA reports a relationship with Lilly that includes: funding grants. OA reports a relationship with Merck & Co Inc that includes: funding grants. OA reports a relationship with Bristol Myers Squibb Co that includes: funding grants. OA reports a relationship with AstraZeneca that includes: funding grants. OA reports a relationship with Boehringer Ingelheim that includes: funding grants. OA reports a relationship with Roche that includes: funding grants. AFC reports a relationship with Merck Sharp & Dohme that includes: funding grants.

.....

66. Corrales L, Rosell R, Cardona AF, Martín C, Zatarain-Barrón ZL, Arrieta O. Lung cancer in never smokers: The role of different risk factors other than tobacco smoking. Crit Rev Oncol Hematol. 2020 Apr;148:102895. doi: 10.1016/j.critrevonc.2020.102895. Epub 2020 Jan 31. PMID: 32062313.

Dr. Arrieta reports personal fees from Pfizer, grants and personal fees from Astra zeneca, grants and personal fees from Boehringer Ingelheim, personal fees from Lilly, personal fees from Merck, personal fees from Bristol Myers Squibb, grants and personal fees from Roche, outside the submitted work

13 PROTOCOLOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN DONDE EL DR. ARRIETA ES EL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Número de folio: 330018624000186 Ciudad de México a 21 de marzo de 2024

"SOLICITO EL NUMERO DE PROTOCOLOS PATROCINADOS POR LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN DONDE EL DR. Oscar Arrieta FUNGIÓ COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL EN LOS AÑOS 2021, 2022 Y 2023.

Conforme a la solicitud de información requerida y que obra en los archivos del Comité de Investigación que honorablemente presidio, me permito informar sobre de los protocolos aprobados por año solicitado patrocinados por la industria farmaceutica, como investigador principal y/o colaborador.

Protocolos como Investigador Principal

Año	Número total protocolos de investigación
2021	6
2022	4
2023	3

Protocolos participación como colaborador

Año	Número total protocolos de investigación
2021	2
2022	1
2023	1

NO SE ENCUENTRA INFORMACIÓN DE PAGOS AL DR. ARRIETA POR SU PARTICIPACIÓN COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL DE PROTOCOLOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Expediente RRA 4023/24
Número de folio: 330018624000186

Ciudad de México a 09 de mayo de 2024

Estimado(a) ciudadano(a):

En atención a la resolución emitida por el Pleno del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, al recurso de revisión identificado con el número de expediente RRA 3376/24, el cual fue generado por la falta de respuesta brinda a la solicitud de información 330018624000087.

Sobre el particular, de conformidad con los artículos 168 y 169 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP), y en observancia a la decisión de la resolución instruida conforme a lo siguiente:

“Se realice una búsqueda exhaustiva en la Subdirección de Contabilidad y Finanzas de la Dirección de Administración y en la Subdirección de Investigación Clínica de la Dirección de Investigación, con el fin de localizar la expresión documental que atienda lo referente a los recibos o comprobantes de los honorarios que recibió el Doctor Oscar Arrieta y cada uno de los miembros de equipo de colaboradores en el Instituto Nacional de Cancerología al fungir como investigador principal o colaborador de cada uno de los estudios clínicos patrocinados por la industria farmacéutica en los años de dos mil veintiuno, dos mil veintidós y dos mil veintitrés punto tres de la solicitud, como pudieran ser los comprobantes previstos en los lineamientos para la administración de recursos de terceros destinados a financiar proyectos de investigación de los institutos nacionales de salud.” (sic)

Esta Unidad de Transparencia le informa el resultado de la búsqueda de la información atendiendo lo señalado:

NO SE ENCUENTRA INFORMACIÓN DE PAGOS AL DR. ARRIETA POR SU PARTICIPACIÓN COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL DE PROTOCOLOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Número de folio: 330018624000197
Ciudad de México a 10 de abril de 2024

Estimado(a) ciudadano(a):

En atención a la solicitud de información pública, dirigida a este Instituto Nacional de Cancerología a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, eligiendo como medio de entrega Electrónico a través del sistema de solicitudes de acceso a la información de la PNT, cuya descripción de su solicitud consiste en lo siguiente:

"SOLICITO SE ME INFORME EL MONTO QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA PAGO AL DR. OSCAR GERARDO ARRIETA RODRIGUEZ CON RECURSOS EXTERNOS POR SU PARTICIPACION COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL DE LOS 6 ESTUDIOS EN 2021, 4 ESTUDIOS EN 2022 Y 3 ESTUDIOS EN 2023. LO ANTERIOR DE ACUERDO A LA INFORMACION QUE SE ME PROPORCIONO EN LA SOLICITUD DE INFORMACION CON NUMERO DE FOLIO 330018624000128, la cual anexo." (sic)

El Titular del Departamento de Administración de Recursos Externos para la Investigación, quien proporcionó la siguiente respuesta:

Al respecto le comento que, una vez analizada la solicitud de información realizada por el peticionario y de conformidad con los **criterios del INAI**, número **03/17** que establece **"No existe obligación de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de acceso a la información"**; **09/10** inherente a que **"Las dependencias y entidades no están obligadas a generar documentos ad hoc para responder una solicitud de acceso a la información"** y **02/17 "Congruencia y exhaustividad. Sus alcances para garantizar el derecho de acceso a la información"** el Departamento a mi cargo, realizó una búsqueda exhaustiva de la información apegándonos a los criterios establecidos por el peticionario, sin embargo, **NO** se encontró algún documento que amparara pago alguno al Dr. Oscar Gerardo Arrieta Rodríguez con recursos externos por su participación como Investigador principal en los estudios aludidos por el peticionario.

INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA PLATAFORMA DE DECLARANET DE LAS DECLARACIONES DEL DR. ARRIETA

I. REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS)

Año 2020: 1,262,886

Año 2021: 1,632,883

Año 2022: 1,058,388

Año 2023: 1,377,459

II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, CONSEJOS, CONSULTORÍAS Y / O ASESORÍAS (DESPUÉS DE IMPUESTOS)

Año 2020: 5,725,233

Año 2021: 4,774,153

Año 2022: 5,827,733

Año 2023 : 4,857,083

PAGO DEL INCAN AL DR. ARRIETA. DECLARACIÓN 2023

	EN MÉXICO	LUGAR DONDE SE UBICA	
ENTIDAD FEDERATIVA:	CIUDAD DE MÉXICO		
TIPO PARTICIPANTE:	NOMBRE DE LA EMPRESA O SERVICIO QUE PROPORCIONA:		RFC:
DECLARANTE	SERVICIOS MEDICOS		
CLIENTE PRINCIPAL:	SEÑALE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE PRINCIPAL:		RFC:
PERSONA MORAL	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA		INC461125HL8
SECTOR PRODUCTIVO AL QUE PERTENECE:	SERVICIOS DE SALUD		
MONTO APROXIMADO DEL BENEFICIO O GANANCIA MENSUAL QUE OBTIENE DEL CLIENTE PRINCIPAL:		222123	

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
DECLARACIÓN MODIFICACIÓN 2024

FECHA DE RECEPCIÓN: 27/05/2024

	LUGAR DONDE SE UBICA	
ENTIDAD FEDERATIVA:	EN MÉXICO	
TIPO PARTICIPANTE:	CIUDAD DE MÉXICO	
DECLARANTE:	NOMBRE DE LA EMPRESA O SERVICIO QUE PROPORCIONA:	RFC:
CLIENTE PRINCIPAL:	SERVICIOS MEDICOS	
PERSONA MORAL:	SEÑALE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CLIENTE PRINCIPAL:	RFC:
SECTOR PRODUCTIVO AL QUE PERTENECE:	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	INC461125HL8
MONTO APROXIMADO DEL BENEFICIO O GANANCIA MENSUAL QUE OBTIENE DEL CLIENTE PRINCIPAL:	SERVICIOS DE SALUD	
	222123	

Número de folio: 330018624000626
Ciudad de México a 09 de enero de 2025

Estimado(a) ciudadano(a):

En atención a la solicitud de información pública, dirigida a este Instituto Nacional de Cancerología a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, eligiendo como medio de entrega Electrónico a través del sistema de solicitudes de acceso a la información de la PNT, cuya descripción de su solicitud consiste en lo siguiente:

"SOLICITO SE ME INFORME EL MONTO QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA PAGO AL DR. OSCAR GERARDO ARRIETA RODRIGUEZ CON RECURSOS EXTERNOS POR SU PARTICIPACION COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL DE LOS 6 ESTUDIOS EN 2021, 4 ESTUDIOS EN 2022 Y 3 ESTUDIOS EN 2023. LO ANTERIOR DE ACUERDO A LA INFORMACION QUE SE ME PROPORCIONO EN LA SOLICITUD DE INFORMACION CON NUMERO DE FOLIO 330018624000128. CABE ACLARAR QUE EN LA PETICIÓN Número de folio: 330018624000197 del 10 de abril de 2024, "...tanto la Subdirección de Contabilidad y Finanzas como el Departamento de Administración de Recursos Externos para la Investigación respondieron QUE NO SE ENCONTRÓ ALGUN DOCUMENTO QUE AMPARARA PAGO ALGUNO AL DR OSCAR GERARDO ARRIETA RODRIGUEZ CON RECURSOS EXTERNOS POR SU PARTICIPACION COMO INVESTIGADOR PRINCIPAL EN LOS ESTUDIOS ALUDIDOS POR EL PETICIONARIO. SIN EMBARGO, COMO CONSTA EN LA DECLARACIÓN PATRIMONIAL DEL DR. OSCAR GERARDO ARRIETA RODRIGUEZ DEL 2023, OBTENIDA A TRAVES DEL PORTAL DECLARANET, EL DR ARRIETA REPORTA UN MONTO APROXIMADO DEL BENEFICIO O GANANCIA MENSUAL QUE OBTIENE DEL CLIENTE PRINCIPAL (INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA) INGRESOS POR 221123 PESOS. ANEXO LA DECLARACION 2023 DEL DR ARRIETA." (sic)

"...se informa que se realizó una búsqueda exhaustiva en los archivos que obran en este Departamento y se localizó que la información requerida por el solicitante se encuentra clasificada como confidencial con la resolución CT/SE/RES/014/2024 del Comité de Transparencia."

INFORMACIÓN CLASIFICADA COMO CONFIDENCIAL

LEY DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

ARTÍCULO 9. El patrimonio de cada uno de los Institutos Nacionales de Salud se integrará con:

III. Los recursos de origen externo, y

ARTÍCULO 44. Cada Instituto Nacional de Salud contará con un comité interno encargado de vigilar el uso adecuado de los recursos destinados a la investigación.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA

**Acta Segunda Sesión Ordinaria de la
Junta de Gobierno del
Instituto Nacional de Cancerología
Ciudad de México, 25 de Octubre de 2023**

El **Dr. Rodolfo Cano Jiménez**, Director General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud, comentó que en el caso de los recursos de terceros de la industria farmacéutica, sugiere y como se ha dado en el Comité de Vigilancia es que el Presidente no sea el Director General ni el Director de Investigación, sino que sea, inclusive del área de Planeación, del área Médica, pero que no esté vinculado ni el Director General ni el Director de Investigación, está marcado, tanto en los lineamientos como en la ley de los institutos quiénes deben estar ahí, tiene que ver el área de Enseñanza, el área Médica y el área de Investigación, obviamente el Patronato y el Órgano Interno de Control. -----

La petición sería que en el próximo Comité de Vigilancia de Recursos de Terceros en una reunión extraordinaria, se buscara una reconfirmación del Comité, falta discutir la situación de la doctora

NO HAY INFORMACIÓN SOBRE LA EXISTENCIA DE ESE COMITÉ



Número de folio: 330018624000304
Ciudad de México a 30 de abril de 2024

Estimado(a) ciudadano(a):

En atención a la solicitud de información pública, dirigida a este Instituto Nacional de Cancerología a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, eligiendo como medio de entrega electrónico a través del sistema de solicitudes de acceso a la información de la PNT, cuya descripción de su solicitud consiste en lo siguiente:

"Solicito el nombre y los puestos de quienes integran el comité de revisión de recursos de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología.

Solicito el nombre y los puestos de quienes integran el comité de revisión de recursos de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología." (sic)

"La información solicitada no es de la competencia del Comité de Investigación."

La Titular de la Dirección de Investigación informó lo siguiente:

"...realizó una búsqueda exhaustiva de la información apegándonos a los criterios establecidos por el peticionario, sin embargo, NO se encontró algún documento o información que contuviera datos sobre el "Comité de revisión de recursos de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología" y/o quienes lo integran"

El Jefe del Departamento de Administración de Recursos Externos para la Investigación, indicó lo siguiente:

"...el Departamento a mis cargo, realizó una búsqueda exhaustiva de la información de acuerdo a lo solicitado por el peticionario, sin embargo No se encontró algún documento o información que contuviera datos sobre la existencia del "Comité de revisión de recursos de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología" y quienes lo integran.

NO INFORMACIÓN DEL MANEJO DE RECURSOS DE TERCEROS



**CUMPLIMIENTO A RESOLUCIÓN
EXPEDIENTE RRA 5532/24**

Ciudad de México a 19 de julio de 2024

Estimado(a) ciudadano(a):

En cumplimiento a la Resolución emitida por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (**INAI**) relativa al Recurso de revisión número **RRA 5532/24**, a través de la cual, se requiero cumplir con la instrucción bajo los siguientes términos:

*"a. Realice una nueva búsqueda de información, con criterio amplio, en todas las unidades administrativas competentes, entre las que no se deberá omitir a la **Subdirección de Contabilidad y Finanzas y al Departamento de Administración de Recursos Externos a través de la Dirección de Investigación** sobre la expresión documental que dé cuenta, respecto al Departamento de Administración de Recursos Externos para la Investigación, relativo al periodo del dos mil veintitrés, y deberá informar el resultado de la búsqueda, lo siguiente:*

*El total **de ingresos y origen de los estos.***

*El total **de egresos, monto y el destino de dicho gasto.**" (sic)*

- Jefatura del Departamento de Administración de Recursos de Terceros.

*"...Sobre el particular, se hace de su conocimiento que atendiendo los principios de congruencia y exhaustividad, se realizó una nueva búsqueda exhaustiva con un criterio amplio en los archivos que obran en esta Jefatura de Departamento, de la cual **no se localizó documento ni expresión documental**, que dé cuenta del total de ingresos y su origen, así como el total de egresos, monto y el destino de dicho gasto respecto de recursos externos, del periodo del primero de enero al 31 de diciembre de 2023.*

Lo anterior, ya que de conformidad con las funciones que tiene establecidas el Departamento de Administración de Recursos Externos para la Investigación en su Manual de Organización, no se encuentra la administración de recursos de origen externo..." (Sic)

NO INFORMACIÓN DEL MANEJO DE RECURSOS DE TERCEROS

Número de folio: 330018624000224 Ciudad de México a 23 de abril de 2024 “Solicito al DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DE RECURSOS EXTERNOS PARA LA INVESTIGACIÓN, el total de ingresos y el origen de cada de los mismos, así como el egreso, monto y en que se gastó dicho recurso desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2023. De antemano les informo que no hay justificación legal para cumplir con esta obligación de transparencia ya que si bien son RECURSOS EXTERNOS, al ser el Instituto Nacional de Cancerología un organismo público descentralizado de la administracion pública federal, no esta exento de la obligacion solicitada por el requiriente.” (sic)

Al respecto le comento que, una vez analizada la solicitud de información realizada por el peticionario y de conformidad con los **critérios del INAI**, número **03/17** que establece “**No existe obligación de elaborar documentos ad hoc para atender las solicitudes de acceso a la información**”; **09/10** inherente a que “**Las dependencias y entidades no están obligadas a generar documentos ad hoc para responder una solicitud de acceso a la información**” y **02/17** relativa a “**la congruencia y exhaustividad**”, el Departamento a mi cargo, realizó una búsqueda exhaustiva de la información apegándonos a los criterios establecidos por el peticionario, sin embargo, **NO se encontró algún documento que manifestara el ingreso y egreso, así como origen y en que se gastó los recursos externos durante el 01 de enero al 31 de diciembre de 2023.**

**SI BIEN, ESTOS HECHOS PUEDEN NO SER
NECESARIAMENTE FALTAS ADMINISTRATIVAS, DEBEN
ANALIZARSE EN EL CONTEXTO DE LA INTEGRIDAD
CIENTÍFICA DEL DR. ARRIETA.**