

quienes estén mejor preparados, es decir, dadas las condiciones actuales y las proyecciones establecidas, consideramos que seguirá existiendo este flujo migratorio de médicos peruanos al sistema de especialización MIR español.

El segundo punto por considerar es lo que sucede con este médico extranjero, cuando termina su formación en el sistema español, existen tres opciones: (a) se integra al sistema de salud español, (b) retorna a su país de origen o (c) migra a un país distinto.

España tiene un sistema nacional de salud descentralizado con larga tradición en atención primaria y es un pilar del estado de bienestar, por lo que la medicina pública es la primera opción de todo médico especializado y, en particular, para los egresados de medicina familiar. El orientarse a la medicina privada es una opción que está más relacionada con retornar a su país o migrar a otro, que trabajar de esa forma en España.

No tenemos datos sobre cuantos de los médicos peruanos formados en el MIR han retornado a su país, no se han encontrado políticas desde el Estado para incentivar su retorno, por lo que suponemos que aquellos que lo hacen serían principalmente para ejercer en la práctica privada.

Otra opción, sería la de "utilizar" a España como país de capacitación y tránsito para luego poder migrar a un país que garantice mejores condiciones y con tradición más sólida en su sistema de salud como podrían ser Alemania o el Reino Unido (como lo podrían hacer algunos futuros médicos españoles) ⁽⁵⁾; sin embargo, no existen estudios al respecto y futuras investigaciones deberían abordar el tema.

En conclusión, evidenciamos un flujo continuo y en crecimiento de médicos graduados en Perú que se insertan en el sistema de formación especializada de España (MIR), se requieren estudios que evidencien cuál es el futuro laboral de estos médicos, si es que se insertan al sistema de salud español, retornan al Perú o migran a otros países, para luego poder analizar las consecuencias de esta situación para ambos sistemas de salud.

Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo. Las opiniones y juicios vertidos en este escrito, corresponden a la opinión de sus propios autores y no representa la posición de las instituciones a la que pertenecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Stillwell B, Diallo K, Zurn P, Vujcic M, Adams O, Dal Poz M.** Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bull World Health Organ. 2004;82(8):595-600.
2. **World Health Organization.** Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Geneva: WHO; 2011.
3. **Mayta-Tristán P, Dulanto-Pizzorni A.** Prevalencia y factores asociados con la intención de emigración en internos de medicina de una universidad pública, Lima 2007. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(3): 274-8.
4. **Pardo K, Andia M, Rodriguez A, Perez W, Moscoso B.** Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: análisis comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, 2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(2):342-51.
5. **Bernardini-Zambrini D, Barengo N, Bardach A, Hanna M, Nuñez JM.** ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos de estudiantes avanzados de medicina de 11 universidades de España. Aten Primaria. 2011;43(5):222-6.

Correspondencia: Diego Bernardini Zambrini

Dirección: 525 Twenty third street, NW, Washington DC 20037

Teléfono: 001-202-974-3767

Correo electrónico: bernardd@paho.org

POLIOMIELITIS PARALÍTICA CAUSADA POR LA VACUNA ORAL SABIN: ¿TIEMPO DE CAMBIAR DE VACUNA?

PARALITIC POLIOMYELITIS CAUSED BY THE ORAL SABIN VACCINE: TIME FOR A VACCINE CHANGE?

Wilfredo Gutiérrez^{1,a}

Sr. Editor. En mayo de 1985 la Organización Panamericana de la Salud-OPS emprende la estrategia de interrupción de la transmisión del virus salvaje de la polio en el continente americano. Ya para esa época, 22 de los 36 países del continente estaban libres de poliovirus salvaje autóctono, comenzando por las Islas Caymán en 1958 y Cuba y Guyana en 1962. En agosto de 1991 se detecta el último caso en Perú (Pichanaqui, Junín), que a su vez fue el último en toda América, por lo que en septiembre de

¹ Instituto Cuánto. Lima, Perú.

^a Médico cirujano, Magíster en Salud Pública

Recibido: 12-10-10 Aprobado: 27-10-10

1994, la OPS declara lograda la meta de interrupción de la transmisión del virus salvaje de la polio en todo el continente americano ⁽¹⁾. Desde entonces, a la fecha, no se ha detectado en la región polio paralítica por el virus salvaje.

Transcurridos 20 años de este memorable hecho, los países de América se ven confrontados a la situación paradójica de que la vacuna oral para la polio usada hasta ahora en la mayor parte de ellos para erradicar dicha enfermedad, por ser un virus vivo atenuado, tiene un riesgo de producir poliomielitis que es indistinguible de la producida por el virus salvaje. Este riesgo, según diferentes estudios, va de un caso de polio por cada 750 000 dosis de vacuna oral; a un caso por 2,2 millones de dosis ^(2,3), sobre todo después de la primera dosis. Ante esta situación, países como Canadá, Estados Unidos, México, Venezuela y Costa Rica, optaron por cambiar la vacuna oral con virus atenuado (OPV o Sabin) por la vacuna parenteral de virus inactivado o muerto (IPV o Sachs) en su esquema regular de vacunación. Igual ha ocurrido en la mayoría de países desarrollados de Europa y Asia, y en algunos países subdesarrollados como Egipto, Sudáfrica, Arabia Saudita, Kuwait, Catar, Oman, Emiratos Árabes Unidos y Barein. Con ello se ha disminuido drásticamente los casos de polio relacionada con la vacuna. En los países en vías de desarrollo, donde todavía se tiene coberturas de vacunación inferiores al 95 %, con el fin de mantener la inmunidad humoral y local a nivel intestinal, mantienen el esquema de las dos primeras dosis con IPV seguido de dos dosis de OPV. Con ello se mantienen altos niveles de anticuerpos circulantes contra el virus de la polio salvaje y se aprovecha el efecto beneficioso de la diseminación del virus de la vacuna oral a niños susceptibles, previniendo la entrada del virus salvaje existente todavía en algunos países del mundo ⁽⁴⁾.

En el ámbito nacional, en el 2003, en Moquegua se notificó el primer caso de poliomielitis paralítica causada por el virus de la vacuna. En el 2010 se identificó un caso en Lima procedente de Villa El Salvador y en el 2011 se produjeron tres casos en Lima: uno en San Juan de Miraflores, otro en Santa Anita y un tercero en el Callao. Todos los casos padecían de alguna inmunodeficiencia ⁽⁵⁾. Tomando en cuenta la población de menores de un año proyectada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI para cada año y asumiendo que todos los niños han sido vacunados con tres dosis, se obtienen las tasas de casos de polio relacionados a la vacuna. Para el 2003 esta relación fue de un caso por 1 612 591 dosis; para el 2010 fue de un caso por cada 1 741 200 dosis y, para el 2011, de un caso por cada 589 273 dosis.

Según el Ministerio de Salud, desde el año 1995 hasta el 2010, las coberturas de vacunación antipoliomielítica,

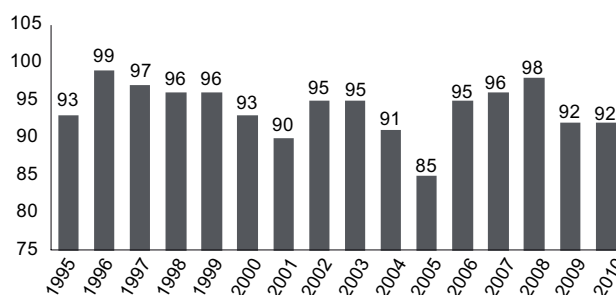


Figura 1. Perú: cobertura de antipolio 3, años 1993 al 2010.

Fuente: WHO. Peru reported immunization coverage. 22 July 2011. Disponible en: <http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countryprofilresult.cfm?C=per>

se han mantenido encima del 90 %, (a excepción del año 2005), habiendo llegado al 99 % y 98 % respectivamente en los años 1996 y 2008 (Figura 1). La OPS plantea que *En el escenario globalizado de hoy, representa un riesgo para ocurrencia de brotes si no se garantiza niveles de coberturas de vacunación (nacionales y por municipios) superiores a 95 % en los países sin transmisión de polio* ⁽⁶⁾. Sin embargo, ante el incremento de casos de polio paralítica relacionada con la vacuna oral en nuestro país, se puede sugerir que nuestras autoridades de salud evalúen la posibilidad de sustituir la vacuna oral (OPV) por la parenteral de virus inactivado (IPV), que no tiene este riesgo.

El costo de esta vacuna adquirida dentro del fondo rotatorio de la OMS es de USD 5,5 por dosis, que en dosis combinada con las vacunas para la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, haemophilus influenzae (hexavalente) llegaría a costar alrededor de USD 8, por debajo del costo de la vacuna para el virus del papiloma humano que es efectiva contra dos cepas y cuesta USD 14 la vacuna ⁽⁷⁾. La vacuna hexavalente podría ser sustituida por la pentavalente, aprovechando que en la vacuna antipolio las coberturas son superiores al 90%.

De no hacer este cambio, con la estrategia actual de vacunación regular, más dos o tres campañas masivas anuales y los "barridos" al detectar casos de parálisis flácida aguda, se corre el riesgo de que estos casos se incrementen y la población pierda confianza en las vacunas, lo que puede derivar en brotes de otras enfermedades inmunoprevenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La certificación de la erradicación del poliovirus salvaje del continente americano. Boletín Epidemiológico. 1994;15(4):1-3.

2. Zimmerman R, Spann S. Poliovirus vaccine options. Am Fam Physician. 1999;59(1):113-8, 125-6.
3. Andrus J, Strebel P, de Quadros C, Olivé J. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989-91. Bull World Health Organ. 1995;73(1):33-40.
4. Organización Mundial de la Salud. Polio vaccines and routine polio immunization in the pre-eradication era. position paper, Draft 2 Mar 2010, external review. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). Geneva, WHO. April 2010.
5. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. Informe sobre situación de la poliomielitis en el Perú, 2011. Lima: Minsa; 2011.
6. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica, 20 de octubre del 2010. Washington, DC: OPS; 2010.
7. Organización Panamericana de la Salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Precio de las vacunas para el 2011. Enmienda III, 27-6-2011. Washington, DC: OPS; 2011.

Correspondencia: Wilfredo Gutiérrez Peñafiel
 Dirección: Av Lima 270, Block 31 Dpto 503, Barranco
 Teléfono: (51) 989723100
 Correo electrónico: gutierrezw@gmail.com

SUBREGISTRO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS

UNDER REPORTING OF DEPRESSIVE DISORDERS

Paulo Ruiz-Grosso^{1,a}, Jorge Osada^{1,a}, Wolfgang Hoppe^{1,b}, Bruno Pedraz^{1,b}, Johann Vega-Dienstmaier^{1,2,c}

Sr. Editor. Según la Norma Técnica de Salud 021-2004 del Ministerio de Salud, el médico de un puesto de salud debe tratar "trastornos depresivos que no requieran manejo especializado". Sin embargo, al analizar los últimos reportes disponibles en las páginas web de las Direcciones de Salud II (Lima Sur) y V (Lima Ciudad) nos percatamos de que los trastornos depresivos no aparecen entre las causas más frecuentes de morbilidad^(1,2).

Evidencia científica actual sostiene que la prevalencia de estos trastornos es importante en la población peruana (6,6%), más aun al considerar su implicancia en la discapacidad individual⁽³⁾. Se ha estimado 231820 años de vida saludables perdidos en la población

peruana durante el año 2004⁽⁴⁾. El hecho de que esto no se refleje en las estadísticas mencionadas, sugiere una baja detección y subregistro en el diagnóstico.

En países desarrollados hasta el 69% de los pacientes con depresión no son reconocidos por sus médicos tratantes en centros de atención primaria⁽⁵⁾, lo cual podría estar replicándose en nuestro medio. El probable subregistro o falta de diagnóstico en atención primaria es importante, pues un diagnóstico y tratamiento oportuno mejorarían el pronóstico en los desórdenes depresivos.

La creciente atención hacia las consecuencias de los desórdenes mentales, especialmente los trastornos depresivos, parece haber tenido poco efecto en la sensibilización de los médicos y demás personal de atención primaria hacia una mejor atención. El manejo oportuno de estos trastornos en el nivel primario de atención, brindaría un beneficio costo-efectividad, más aun cuando se ha descrito que la intervención de un psiquiatra no resulta más eficaz que el manejo dado por un médico general⁽⁶⁾. Concluimos que es de interés en salud pública la mejora de la detección, registro y tratamiento de desórdenes depresivos en los primeros niveles de atención.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de la presente carta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú, Dirección de Salud Lima II. Morbilidad General por Grupos de Enfermedad. Lima: MINSA; 2011.
2. Ministerio de Salud del Perú, Dirección de Salud Lima V. Primeras 20 Causas de Mortalidad General. Lima: MINSA; 2011.
3. Saavedra J. Estudio Epidemiológico en Salud Mental 2002: Informe General. Lima: Instituto Nacional Honorio Delgado - Hideyo Noguchi; 2002.
4. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 2009;374(9690):609-19.
5. Barbui C, Tansella M. Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. Epidemiol Psychiatr Soc. 2006;15(4):276-83.
6. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(3):246-54.

Correspondencia: Paulo Jorge Martín Ruiz-Grosso
 Dirección: Ca. Ortiz de Zavallos 124, Urbanización San Antonio. Miraflores, Lima 18, Perú.
 Teléfono: (511) 2427516
 Correo electrónico: paulo.ruiz@upch.pe

¹ Grupo de Trabajo en Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico Epidemiólogo; ^b Estudiante de Medicina; ^c Médico-Psiquiatra

Recibido: 18-08-10 Aprobado: 24-08-11