

El parto vertical parece tener, además, un componente psicoafectivo que puede disminuir la ansiedad y el estrés materno inherentes a un proceso enteramente natural como es el parto.⁵

El trabajo de parto involucra las experiencias tanto de la madre como del recién nacido. El trabajo de parto en posición vertical les devuelve a las madres el papel protagónico de un proceso enteramente natural, y serán importantes los trabajos que describan cómo se beneficia el feto, a corto y mediano plazo, en esta modalidad de trabajo de parto.

Mario Jeisson Agramonte-Vilca, Est.⁽¹⁾
agr.mario@gmail.com

⁽¹⁾ Escuela Profesional de Medicina Humana.
Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
Cusco, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7916>

Referencias

- David E, Vayssiere C, Haberstich B, Langer B, Nisand I. Adaptación del feto al trabajo de parto. *Ginecología-Obstetricia EMC* 2006;1-6.
- Gold F, Saliba E, Biran-Mucignat V, Mitanchez-Mokhtari D. Fisiología del feto y del recién nacido. *Adaptación a la vida extrauterina*. Elsevier Masson SAS Pediatría 2007;1-19.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus* 2009;2.
- Calvo-Aguilar O, Flores-Romero A, Morales-García E. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obtet Mex* 2013;81:1-10.
- Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral [Internet]. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2008;49-57 [consultado el 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>

El ingreso económico como incentivo para la migración médica: explorando los números

Señor editor: La migración de profesionales de la salud es un problema creciente, y suele darse de países en

vías de desarrollo hacia países más desarrollados. En Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, aproximadamente 25% de los médicos son migrantes, y hasta 75% de éstos se han formado en países de bajos ingresos.¹ Este fenómeno contribuye a la carencia de médicos en los países menos desarrollados y, consecuentemente, dificulta mejorar los pobres indicadores de salud en estos países.^{2,3}

Esta problemática es multifactorial; sin embargo, el ingreso económico promedio de los médicos es uno de los factores que influyen la dirección de estas migraciones médicas,⁴ por lo que es necesario que los países con altas tasas de migración conozcan e intervengan en esta variable.

Para evaluar las diferencias en el ingreso económico de los médicos en varios países, revisamos la base de datos de la *Organisation for Economic Co-operation and Development*⁵ que cuenta con información de 19 países para el periodo 2011-2013, y del *Med-scape Physician Compensation Report 2015*,⁶ que cuenta con información de Estados Unidos para el año 2014. Además, evaluamos su relación con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de cada país, que valora los precios de una canasta familiar estándar, y con el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de cada país que se aproxima al ingreso promedio del mismo.

Los ingresos económicos encontrados son variables, fluctuando

Cuadro I
INGRESO ANUAL DE MÉDICOS SEGÚN LA ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) Y MEDSCAPE PHYSICIAN COMPENSATION REPORT 2015 (PARA ESTADOS UNIDOS)

País	Ingreso anual (US\$) de médico general	Ingreso anual (US\$) de médico especialista	PIB del país	IPC del país
Luxemburgo (2012)	261 034.22	255 116.38	106 022.80	122.53
Alemania (2011)	191 838.52	251 614.29	45 867.77	107.00
Irlanda (2013)	152 483.51	226 756.90	50 470.32	102.20
Canadá (2011)	170 719.26	274 172.31	52 086.53	127.20
Dinamarca (2012)	176 319.83	176 319.83	57 636.13	131.60
Australia (2012)	134 593.98	328 449.65	67 511.82	107.50
Países Bajos (2011)	107 023.65	169 668.66	53 537.28	116.81
Estados Unidos (2014)	195 000.00	284 000.00	54 629.50	237.79
Israel (2013)	78 968.14	133 252.28	36 050.70	99.90
Finlandia (2012)	91 699.28	132 395.98	47 415.56	119.40
Reino Unido (2011)	91 005.08	123 794.14	40 974.71	128.23
España (2013)	72 536.52	85 539.25	29 880.71	104.43
Eslovenia (2012)	64 844.39	66 165.23	22 488.66	123.05
Chile (2013)	52 740.81	61 395.30	15 702.51	108.68
Islandia (2012)	105 956.48	107 725.81	44 377.37	430.00
México (2012)	25 627.43	33 014.30	9 819.48	115.96
Polonia (2012)	26 896.67	20 391.50	13 036.38	170.00
Turquía (2012)	37 893.72	65 307.29	10 660.73	259.51
Estonia (2013)	24 880.47	34 104.93	18 877.33	196.70
Hungría (2012)	17 107.35	23 698.65	12 784.30	1214.94

Ingreso anual: se refiere a la suma de todos los ingresos económicos que recibe el médico, sin descontar impuestos.^{7,8}

de 17 000 a 261 000 dólares anuales para médicos generales, y de 20 000 a 328 000 dólares para especialistas (cuadro I).^{7,8} Estas cifras se encuentran directamente asociadas con el PIB per cápita de cada país (Spearman $p < 0.001$ en ambos casos). Esto explica por qué se ha calculado que un descenso de un punto porcentual en el PBI per cápita incrementa la migración de médicos hasta 3.6%.²

Sin embargo, los ingresos económicos de médicos generales y especialistas no están relacionados con el IPC de cada país (Spearman $p = 0.339$, y $p = 0.173$, respectivamente). Es decir, en países con mayores ingresos, el costo de una canasta familiar estándar no es proporcionalmente más alta, por lo que los médicos en dichos países tendrían una mayor capacidad adquisitiva.

El PIB per cápita de muchos países pobres está aumentando, pero este aumento es aún lento, por lo cual serán necesarias varias décadas para que los ingresos económicos de sus médicos lleguen a ser competitivos en comparación con los extranjeros. Mientras tanto, la diferencia en ingresos seguirá siendo un fuerte incentivo para la migración médica, lo que aumenta la inequidad de la salud a nivel mundial.⁹

Ante esta problemática, resulta necesario que los países pobres estudien el ingreso promedio de sus médicos generales y especialistas, así como sus expectativas salariales, de manera que se determine cuál es el monto necesario para desanimar la migración y se puedan implementar políticas al respecto. Además, se debe evaluar la factibilidad y efectividad de otras estrategias de retención como mejoras en la empleabilidad, satisfacción laboral, oportunidades de desarrollo personal, incentivos, políticas de retorno y reinserción, y regulación de las contrataciones por parte de las naciones receptoras.¹

Agradecimientos

A Fiorella Inga-Berrosopi, médico residente de Gestión en Salud, por la revisión crítica del presente manuscrito.

Álvaro Taype-Rondán, MC,⁽¹⁾

alvaro_athos@hotmail.com

Leslie Luna-Porta, Est,^(2,3)

Omayra Mendoza Quispe, Est,^(2,3)

⁽¹⁾ CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁽²⁾ Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁽³⁾ Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7917>

Referencias

1. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005;353(17):1810-1818. <http://doi.org/bhvpqc>
2. Okeke EN. Brain drain: Do economic conditions "push" doctors out of developing countries? *Soc Sci Med* 2013;98:169-178. <http://doi.org/bdwz>
3. Gamero-Requena JH. Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina: un ejercicio de consolidación de documentos país. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
4. Aly Z, Taj F. Why Pakistani medical graduates must remain free to emigrate. *PLoS Med* 2008;5(1):e2. <http://doi.org/bhrcrd>
5. OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development Statistics 2014 [accessed on 2015 August 10]. Available at: <http://stats.oecd.org>.
6. Medscape. Medscape Physician Compensation Report 2015 2015 [accessed on 2015 August 10]. Available at: <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2015/public/overview>.
7. Trading Economics [internet]. New York, USA: Portal Trading Economics [consultado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.tradingeconomics.com/>
8. Banco Mundial [internet]. Washington, USA: Datos del Banco Mundial [consultado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/>
9. Chauvet L, Gubert F, Mespélé-Somps S. Aid, remittances, medical brain drain and child mortality: Evidence using inter and intra-country data. *J Dev Stud* 2013;49(6):801-818. <http://doi.org/bdw2>

Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital Escandón

Señor editor: Durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2014 y el 31 de julio de 2015 se llevó a cabo, en las instalaciones del Hospital Escandón I.A.P una revisión metódica de pacientes para tratar de identificar la principal causa de enfermedad renal crónica en la población atendida en el nosocomio.

Como sabemos, en nuestro país la principal causa de enfermedad renal crónica es la diabetes mellitus II, seguida de la hipertensión arterial sistémica,¹ por lo que se buscaba identificar el impacto real de dichas enfermedades en la población de pacientes, y así implementar medidas específicas en contra de estos males.

Se identificó a los pacientes que tuvieran el diagnóstico de enfermedad renal crónica, calculando el filtrado glomerular de acuerdo con la fórmula abreviada derivada del estudio MDRD: $FG \text{ (ml/min/1.73 m}^2\text{)} = 186 \times [\text{creatinina plasmática (mg/dl)}]^{-1.154} \times (\text{edad})^{-0.203} \times (0.742 \text{ si mujer})$. Se consideró que los pacientes presentaban insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular era menor de 60 ml/min/1.73m² y la creatinina era menor de 1.3 mg/dl, o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses.

De estos pacientes, se identificó quienes padecían diabetes mellitus II mediante la detección, en dos ocasiones, de valores de glucosa plasmática en ayunas 126 mg/dL o síntomas de diabetes, más valores de glucosa plasmática 200 mg/dL