

Cartas al Editor

Las residencias médicas

Sr. Editor

Después de leer con gran interés el artículo de los Dres. Gomila y col. (Arch.argent.pediatr 2003; 101:171-175), donde relatan la historia de 32 años de residencia en Pediatría del Hospital de Niños de Córdoba, se me ocurrió la siguiente reflexión general sobre el modelo.

La formación de un profesional cuya actividad se basa en las ciencias fácticas y el arte de las relaciones personales no puede hacerse de otra manera que a partir de la experiencia vital del acto profesional.

Probablemente la medicina asistencial sea el paradigma de este hecho.

Sin embargo, a partir de su graduación, el médico enfrenta dos situaciones cronológicamente distintas. Primero debe adquirir destrezas, organizar su pensamiento y aprender a usar los conocimientos como herramientas. Al mismo tiempo, debe ir actuando paulatinamente con mayor responsabilidad individual en decisiones que tienen que ver con la salud de seres humanos. Todo esto en medio de un veloz aumento de contenidos que hacen rápidamente obsoleto lo que creyó aprender en el grado, convertido en estanques que no se comunican entre sí y no renuevan su agua.

Una vez superada esta etapa (cosa que parece casi imposible), puede elegir profundizar un aspecto particular de la medicina. Esto es lo que llamamos especialización, e idealmente debería ser un hecho vocacional. Las condiciones para desarrollar esta segunda fase serían estructuralmente diferentes.

La primera etapa comprende la formación en alguna de las cuatro ramas de la medicina: clínica del adulto, clínica del niño, tocoginecología y cirugía (en mi opinión, aun los especialistas en salud mental deberían tener una etapa de formación en algunas de las dos clínicas, de acuerdo con la población elegida). La experiencia en servicio necesita una estructura en la que la residencia esté integrada desde la base. Los residentes están en contacto directo con el acto médico, siem-

pre supervisados y con responsabilidades progresivas. Debe existir un programa claramente explicitado, conocido y consensuado con los residentes desde el comienzo, y que contemple la actividad desde áreas más generales (primero la salud, su promoción y prevención), a sectores más específicos y de mayor complejidad. El programa debe ser un compromiso entre los docentes y los médicos en esta etapa de su formación, por lo que debe considerar áreas epistemológicas y éticas, intentando que todos los comprometidos vivan el proyecto. Si aceptamos que estos son los fundamentos para su diseño, el número mínimo y máximo de residentes a ingresar tiene que surgir de un cuidadoso análisis de los sectores donde trabajarán, e incluir como variable importante que la actividad les permita adquirir una experiencia suficiente, sin tener una demanda excesiva que les quite atención o tiempo suficiente para su mejor formación. Es decir, el número de residentes a ingresar cada año debe ser responsablemente acordado teniendo en cuenta el programa. En esta etapa, los jefes de residentes son una figura indispensable, al cumplir funciones de coordinación, organización y de nexo entre los distintos sectores de trabajo, los diferentes niveles del programa y entre los residentes y los responsables de la docencia y de la dirección del mismo (una responsabilidad y un esfuerzo no desdeñables).

La segunda etapa mencionada al principio, debe tener una estructura totalmente diferente. En otros países con larga experiencia en la formación de recursos humanos para la salud estos modelos no se llaman "residencia". La relación entre el número de médicos en especialización y el equipo de especialistas hace que este modelo sea más parecido a la enseñanza tutorial. La experiencia médica previa de los educandos permite que se dedique el tiempo a desarrollar mayores habilidades y destrezas en la especialidad. El programa de contenidos debe profundizar aspectos básicos y fenómenos complejos (moleculares, genéticos, funcionales) del aparato o sistema objeto de la especiali-

dad. En ese modelo, la figura del jefe de residentes es reemplazada por los médicos del sector. La excepción serían las residencias que se desarrollan en áreas cerradas, donde los jefes de residentes deben coordinar, además, la rotación de residentes de especialidades básicas o de residentes y becarios que rotan desde otras instituciones.

Otro aspecto considerado en forma insuficiente en el análisis de este modelo es el de la evaluación. Para el residente es la única forma de recibir directamente una información lo más objetiva posible del desarrollo de su proceso de formación (devolución). Además, si se emplean técnicas adecuadas, se convierte en una instancia valiosa de ejercicio del aprendizaje. Si se tiene en cuenta que este modelo es muy dinámico, debe disponerse de datos permanentes del desempeño de los residentes en los lugares de trabajo y en las actividades comunes (guardias, preparación de presentaciones, etc.). Pero también es importante que existan espacios de evaluación individual o grupal con los responsables del programa. Es bueno que, ya que el residente vive la mayor parte de su vida en la institución, se tengan en cuenta los aspectos emocionales de la experiencia en el intercambio que significa la instancia evaluatoria.

La otra cara de la evaluación es la del sistema. Es indispensable que éste tenga una evaluación externa. Esto puede hacerse desde dos vertientes. Una es la de organismos que cumplen esta función acreditando residencias (sociedades científicas, CONEAU, etc.). Debería pedirse a los responsables de los programas que los sometieran a este proceso. La otra es a través de la evaluación de los resultados. Esto ocurre regularmente en los exámenes que los residentes deben dar para obtener certificados, títulos de las carreras universitarias, acceder a residencias posbásicas, etc.

Es condición humana creer que hacemos las cosas bien y no nos gusta que se sometan a un análisis crítico; sin embargo, no olvidemos que éste y la objetividad son postulados de la ciencia. ■

Horacio Repetto
Servicio de Pediatría
Hospital Nacional Prof. A. Posadas

Dónde y cómo mueren la mayoría de los niños del mundo (La importancia de la mortalidad neonatal mundial)

Sr. Editor

La lectura del excelente editorial de la Dra. Isabel Kurlat "Dime cómo murieron y te diré dónde nacieron" (Arch. argent. pediatr 2003; 101:242-244) motivó los siguientes comentarios sobre la mortalidad infantil y neonatal mundial.

Si se pregunta a varios pediatras sobre cuál es el mayor componente (neonatal o posneonatal) de la mortalidad infantil (0-1 año) en el mundo y dónde ocurre predominantemente, probablemente la mayoría contestaría que las causas más frecuentes corresponden a la mortalidad posneonatal, sobre todo por diarrea, neumonía y desnutrición, con una gran concentración en los países más pobres y con más nacimientos.

Sin embargo, esta respuesta es incorrecta, ya que si bien la gran mayoría de las muertes infantiles se concentran en los países descriptos, el componente más importante y frecuente es el neonatal.^{1,2}

Cada año mueren aproximadamente 5 millones de recién nacidos en el mundo y 96% de ellos fallecen en los países subdesarrollados, por lo cual, la mortalidad neonatal constituye al presente 61% de la mortalidad infantil.^{1,2} La tasa de mortalidad neonatal varía en el mundo entre 3-4 por mil en los países más ricos y 53 por mil en los más subdesarrollados.^{1,2}

La razones de este hecho son, en primer lugar, el mayor descenso real, aunque insuficiente, de la mortalidad posneonatal mundial en comparación con la neonatal en las últimas décadas.¹

Por otra parte, la mortalidad infantil descendió 2,5% por año entre 1960-1990 y aminoró su descenso a partir de 1990 a 1,1% por año,¹ fundamentalmente por la falla de las políticas de salud infantil de la mayoría de los gobiernos de los países pobres. A su vez, la mayor reducción del componente posneonatal ha determinado el predominio presente del componente neonatal que requiere de mayor inversión en salud y es más duro de reducir.² Esta menor disminución de la mortalidad infantil en los años 90 ha producido una grave crisis de la salud in-