

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-

fantil y expresa, en mi opinión, la falta de compromiso político y en salud infantil de la mayoría de los gobiernos y la insuficiente ayuda internacional. Como resultado de este fracaso global del cuidado de los niños del mundo será imposible cumplir con las metas de "El Compromiso Mundial por la Infancia de 1990" firmado por todos los presidentes del mundo.

En relación específica con la mortalidad neonatal, las causas más importantes de su difícil disminución se deben a que la mayor parte de los nacimientos y muertes acontece en países con muy alta frecuencia de partos domiciliarios (63% en los países subdesarrollados y 83% en la India) con una tasa muy alta de bajo peso al nacer (menor de 2.500 gramos) (20-45 %). Ambos combinan factores un círculo fuertemente deletéreo de muy alto riesgo de mortalidad y muy baja calidad y oportunidad de atención por la falta casi absoluta de servicios perinatales adecuados cerca de donde vive la gente más pobre del mundo.^{2,3}

Por otra parte, desafortunadamente las acciones preventivas prenatales de difusión masiva, como el control del embarazo, la suplementación nutricional de la gestante y el tratamiento con antibióticos para la corioamnionitis silente, entre otras, han demostrado que son insuficientes en forma aislada para reducir de un modo significativo la mortalidad neonatal, aun en poblaciones pobres, como lo prueban numerosas evidencias.^{4,5} Para disminuir la mortalidad neonatal en forma efectiva deben combinarse las acciones preventivas con las curativas de baja, mediana y alta complejidad, ya que una parte importante de la morbilidad y mortalidad debida al bajo y muy bajo peso al nacer o malformaciones congénitas curables, entre otras causas, no son reducibles por acciones preventivas aisladas o combinadas con terapias de baja o mediana complejidad.

Por esta razón, las políticas de salud infantil que plantean hacer lo posible como sólo atención preventiva preconcepcional, perinatal y la atención del neonato sano con patología de baja complejidad o usar técnicas denominadas apropiadas como la atención de la sepsis neonatal en el domicilio rural de la India con cotrimazol oral y gentamicina,⁶ entre otras acciones propuestas por algunos investigadores y sanitaristas

con el aval de organismos internacionales,⁷ son por lo menos candorosas, no científicas, no fundadas en evidencias y en el plano ético y social perpetúan la desigualdad de la salud infantil y fragmentan en forma oficial el mundo entre los neonatos que reciben todo lo que necesitan para prevenir y curar y los que nada o casi nada reciben, con una amplia escala de grises entre ambos extremos entre naciones y dentro de ellas, lo que genera discapacidad y muerte evitable por millones. Estas políticas están fundadas en la falacia de que no hay recursos suficientes para estos desarrollos necesarios de la salud infantil, en la que se cimenta el futuro de la especie, cuando todos los días asistimos al gasto obscuro en armamentos, en consumo lujurioso de las poblaciones de los países ricos y las minorías privilegiadas de los países pobres y la gigantesca especulación mundial financiera de 1 billón de dólares diarios de los mercados internacionales que limita la inversión productiva mundial.

Creo finalmente, que sólo desde la verdad científica y la atención de las reales necesidades de los pueblos en su salud infantil se podrá construir un gigantesco movimiento mundial eficaz por los niños que superará las actuales barreras políticas y los escasos resultados que nuestra generación ha producido con los niños pobres del mundo, elevando las acciones hacia impactos que realmente descendan los millones de muertes infantiles evitables desde un paradigma fundamentado en la verdad objetiva de lo necesario y realmente posible, que es mucho más que lo que el presente ofrece a los niños. Este es el único camino que derrotará el paradigma de salud infantil mundial predominante en el presente y el pasado reciente que ha sido signado, en mi opinión, en un predominio del posibilismo y tal vez un sometimiento mayoritario entre los sanitaristas del planeta a los dictados de políticas económicas y de salud internacionales y de los gobiernos que en general olvidaron o no hicieron todo lo necesario y posible por los pobres.

Las palabras del Secretario General de la ONU Kofi Annan y las –para mí– mucho más trascendentes e importantes de la niña boliviana Gabriela Azurduy Arrieta no sólo prueban mis comentarios sino que son como un imperativo a cambiar el paradigma por uno más solidario y poderoso y mejorar las accio-

nes de los gobiernos, funcionarios, planificadores, enfermeras, agentes sanitarios, pediatras y todos aquellos con responsabilidad en el cuidado de la salud y calidad de vida de los niños del mundo.⁸ ■

Pedro de Sarasqueta
Área de Neonatología.

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Geneva: WHO, 2000.
2. World Health Organization. Essential newborn care: report of a technical working group 1994. Geneva: WHO, 1996.
3. International Institute of Population Studies. National Family Health Survey, India, 1992-1993. Bombay: International Institute of Population Studies, 1995: 237-238.
4. Egater C, Leitch H, Husslein P, et al. Adjunctive antibiotics treatment in preterm labor and neonatal morbidity: A meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 303-309.
5. Shiono P, Klebanoff M. A review risk scoring for preterm birth. *Clin Perinatol* 1993; 20(1):107-126.
6. Bang A, Bang R, Baitule S, et al. Effect of home based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354: 1955-1961.
7. Jones G, Steketee R, Black R, et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
8. Puga T. Escuchemos a los niños del mundo cuando dicen ¡Basta!. *Arch.argent.pediatr* 2003; 101:345-346.

Acerca de la autopsia en pediatría

Sr. Editor:

Hemos leído con agrado la publicación en *Arch.argent.pediatr* 2003; 101(3) de tres artículos referentes a la autopsia en Pediatría, donde se rescata su importancia en el quehacer pediátrico.

En el trabajo "La autopsia en Pediatría. Diagnóstico de situación en un hospital pediátrico de referencia", nos sorprendió el bajo índice de autopsia que se evidenció, lo que nos motivó a rescatar algunos datos sobre el tema.

Las autoras de esta comunicación pertenecemos a dos generaciones diferentes, la primera hizo la residencia en 1961, cuando ésta comenzaba, en una época de grandes cambios y utopía. La segunda fue residente

en 1989, y en la actualidad se desempeña como médica en el servicio de emergencias del Hospital Materno Infantil de San Isidro.

En el año 1964, la Dra. Flora Ortiz, entonces jefa de residentes de la Sala 17 del Hospital de Niños de Buenos Aires, publicó un artículo en el Boletín de la Cátedra de Pediatría titulado "La residencia médica y el índice necrópsico", donde refería que la tasa de autopsias (número de niños autopsiados, expresado en porcentaje del total de niños fallecidos), se elevó a partir del momento en que se inició el sistema de residencia hospitalaria en el Hospital de Niños; mostró que en 1947 la tasa de autopsia era del 34% y en el primer semestre de 1964 se había elevado a 93,6%.¹

Este hecho es coherente con la filosofía de trabajo que existía en ese momento.

Recordemos que la mortalidad infantil en esa época era cuatro veces más alta que la actual y que no existían servicios de terapia intensiva, ni las técnicas diagnósticas y los recursos terapéuticos que conocemos en la actualidad, pero había maestros a quienes se admiraba y se trataba de imitar. Ellos eran, entre otros, el Dr. Gianantonio, motor de la residencia; el Dr. Escardó, profesor titular de la Segunda Cátedra de Pediatría y Jefe de la Sala 17; el Dr. Becú, anatomopatólogo e investigador del CONICET.

En ese mismo boletín, el Dr. Escardó escribió un comentario editorial sobre el "Sentido ético de la autopsia", en el que sostenía: "Procurar sistemáticamente una autopsia no como deber hacia el conocimiento sino como una obligación hacia el enfermo y su familia".²

De estas palabras se deduce la importancia de la existencia del Pediatra de cabecera, el que se compromete con su paciente y su familia no sólo en la recuperación del estado de salud, sino también cuando llega al doloroso momento de la muerte. Esto se consigue con una adecuada relación médico-paciente.

Cada muerte de un paciente es un hecho singular, acompañar a la familia en ese trance significa poder dar cuenta de lo que ha pasado y efectuar un seguimiento posterior de la familia, hecho de vital importancia para la prevención de la salud del núcleo familiar.³

Creemos que debido a lo antes mencionado, y de acuerdo con otros autores, la persona más indicada para solicitar la autopsia es el pediatra de cabecera, ya que si acompañó