

COMUNICACIÓN ESPECIAL

*Reseña histórica de la pediatría latinoamericana**

Historical review of the Latin-American pediatrics

Dr.: Teodoro F. Puga

Orígenes de la pediatría de occidente

Hacer una reseña histórica de la pediatría Latinoamericana, puede significar abocarse a relatar la vida y la obra de sus figuras señeras o a escribir la crónica de las instituciones que de una u otra forma se ocuparon de la salud infantil.

Pero debe ser reconocido que desde el comienzo de los tiempos y durante muchos siglos, el cuidado de la salud de los niños parece haber sido una preocupación exclusiva de las madres y el reflejo de las líneas de pensamiento y de las ideas y culturas que existieron en las distintas épocas.

Es posible que un solo ejemplo pueda encuadrar este concepto. Una forma de infanticidio, el infanticidio que viene desde la prehistoria, sólo fue punible después de la llegada de la civilización romana. Sin embargo, hasta mediados de nuestro siglo fue una práctica común entre las tribus esquimales cuando el primer hijo era una niña, pues precisaban asegurar la descendencia masculina para la supervivencia y el control de sus poblaciones; eran sólo los hombres los que salían desde el iglú a cazar y a traer el sustento para toda la tribu.

Han quedado documentados hechos y referencias de las antiguas civilizaciones que muestran la preocupación por la madre, el niño y la familia. Las tablas de arcilla con escritura cuneiforme encontradas en la Mesopotamia, que datan del 2100 a.C., los papi-

ros de Ebers (1550 a.C.), de Westar o de Berlín, los escritos de la escuela de Alejandría y el código de Hammurabi, son ejemplos demostrativos.

Poemas como el *Vedao* las *leyes de Manú*, el *Mahabarata*, el manuscrito Bower del año 400 d.C. y el *Cara Kasamhita*, que describe la terapéutica brahmánica, son asimismo documentos que contienen descripciones sobre distintos aspectos vinculados con la salud de los niños.

Los primeros médicos occidentales aprendían en la isla de Cos donde nació Hipócrates (460-377 a.C) la importancia de la observación y de la anamnesis, a la sombra del plátano de Cos. En el *Corpus Hippocraticum*, entre los Aforismos, existen referencias de niños tratados de diversas enfermedades. (Figuras del 1-4).

Los antiguos griegos no contaban con médicos o iatros para la asistencia de los niños, pero conocían las enfermedades de la infancia. Se referían a *Paideia*, que todavía a principios del Siglo V a.C., significaba crianza de los niños, una definición similar a la de Puericultura. Hasta los 18 años, al referirse al niño, hablaban de País y denominaban Efebo al adolescente hasta los 21 años.

No tenía iguales características ser niño en Atenas, Esparta o en Troya. En Esparta, por ejemplo, la disciplina militar era rígida desde el nacimiento y en los Tribunales, si después de una evaluación física los recién nacidos presentaban malformaciones, se los arrojaba desde lo alto del monte Taigeto, siguiendo las leyes espartanas de Licurgo.

* Artículo reproducido con permiso de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y que está publicado en: www.alape.org/pediatrica_latinoamericana.php

Figura # 1. La isla de Cos en el mar Egeo.



Figura # 2. Hipócrates enseñando a sus alumnos.



Figura # 3. El plátano de Cos en el momento actual, después de más de 2.500 años. Declarado monumento histórico de la humanidad.



Figura # 4. Uno de los libros del Corpus Hippocraticum en idioma griego que se conservan en la Fundación Hipocrática de la isla.



En Atenas tanto las niñas como los niños eran atendidos en el gineceo y compartían los juegos hasta los siete años. Muñecas, sonajeros de barro, pelotas de trapo, objetos bélicos de madera, columpios, balancines, fueron hallados en excavaciones vecinas a la ciudad.

La famosa despedida de Héctor y Andrómaca en la “Iliada” de Homero revela algunos pasajes pediátricos muy interesantes.

La cultura romana también enriqueció a la medicina infantil. Basta recordar los aportes del Derecho Romano y el inicio de los estudios sobre Derecho de Familia, los libros de obstetricia con conceptos sobre Puericultura de Aurelio Cornelio Celso, las reexiones pediátricas de Galeno de Pérgamo (Siglo I) y Areteo de Capadocia (Siglo II), así como también los conocimientos de Sorano de Efeso discípulo de la escuela metodista de Asclepiades, sobre higiene y nutrición infantil y su relato sobre raquitismo.

La historia pediátrica árabe comienza con el Corán y se concreta con autores que tradujeron los más importantes textos de medicina de la época e hicieron diversos aportes a los conocimientos de la medicina del niño. Entre ellos debemos mencionar a Razes (860-932), que describió científicamente el sarampión y la viruela, a Avicena (980-1037), cumbre de excelencia en la medicina árabe, cuyo “Canon” se usó como libro de texto hasta la Edad Media (1650), enumeración que se completa con los nombres de Averroes (1126-1198), Avenzoar (1072-1162) y Maimónides (1135-1204).

El oscurantismo de la Edad Media, con el predominio del cristianismo, hizo que el saber médico se aislara en conventos y en las grutas y cavernas de magos y alquimistas. El concepto de infancia no existía y los niños eran tratados como adultos pequeños.

La medicina de los siglos XI y XII elevó su nivel a través de la Escuela de Salerno, una “Civitas Hippocratica” que comenzó a entregar títulos de “Medicinae Doctor” (M.D.) a los alumnos que culminaban sus estudios.

En el año 1400 un niño nacido en Europa, tenía una esperanza de vida de alrededor de 30 años.

Con la llegada del Renacimiento comienza un período de renovación y de incesante actividad intelectual.

A la invención de la imprenta debemos asociar la publicación el 21 de abril de 1472 del primer libro sobre pediatría “Libellus de Egritudinibus Infantium”, cuyo autor fue Paolo Bagellardo de la Universidad de Padua, así como también, en 1540, la edición de Sebastianus Austrius en Basilea, de la obra “De infantum sive puerorum morvorum et syntomatum diagnotione tum curatione liver” y la aparición en 1545 del libro “The Book of Children”, el primero en lengua inglesa, escrito por Tomás Phayre (1510-1560).

La Pediatría aborígen y la conquista española

La llegada de los españoles al continente americano en 1492 determina una modificación en el desarrollo de las ciencias médicas. Se enfrentan dos culturas absolutamente desconocidas entre sí, diferentes no solamente por el grado y estilo de formación sino también por el ambiente natural que les toca vivir y sus circunstancias ecológicas.

Al cambiar de ámbito, el conquistador tuvo que incorporar necesariamente nuevos hábitos de vida para sobrevivir y, a su vez, imponer los suyos.

Es allí donde tiene su origen la Pediatría Latinoamericana, en la forma como los aborígenes de la época precolombina actuaban frente a la madre, al niño y la familia y que los primeros conquistadores recogieron, integrándolas a su propio acervo.

Hábitat, costumbres, herboristería, ritos, supersticiones, curas mágicas, profundamente internalizadas a través de los siglos, fueron transmitidas de padres a hijos y se conservan todavía entre las pautas culturales de la medicina popular, de la folkmedicina, que a veces vemos en las puertas de las grandes ciudades de América Latina y que el pediatra debe aprender, interpretar, orientar y si es preciso corregir.

La medicina, y muy especialmente la farmacopea, adquirieron otra dimensión. El hallazgo de nuevas hierbas enriqueció la terapéutica europea e increíbles supersticiones revelaron en América Latina un ser humano que recurría a extrañas maneras de ahuyentar el dolor y conjurar la enfermedad.

Los nativos, como en todas las medicinas primitivas, atribuían las calamidades del cuerpo y el espíritu a la determinación divina y la magia y la hechicería dominaron el empirismo, no obstante ser éste, muchas veces, de considerable valor.

Los *aztecas* adoraban a una diosa de la medicina que llamaban Izapohatenan, a la que ofrecían sacrificios humanos en ciertas oportunidades. El Dios Ope protegía al recién nacido y Xoathicitl velaba las cunas durante las noches. Piltzustenitli era un Dios de “élite”, destinado a los niños nacidos de matrimonios legales y especialmente nobles. (Figura # 5)

Figura # 5. Diosa azteca Tlazolteotl, tallada con aplicaciones moteadas granates (piedra roja) en el acto del nacimiento.



A pesar de los cruentos sacrificios humanos que ofrecían a los dioses, esta civilización distante e ignota, también tenía normas de vida y principios morales similares a los de culturas más evolucionadas.

Después de nacer, el niño era bañado al tiempo que se pronunciaba una oración especial.

Al cuarto ó quinto día se efectuaba el segundo baño antes de la salida del sol con una ceremonia y maniobras de orden práctico rodeadas de un halo de misterio y de temor que inspiraban los conjuros y las súplicas.

El niño era puesto al pecho al segundo día de vida. Lo tomaba durante dos o tres años; si la madre no podía alimentarlo se recurría a una nodriza. El destete constituía asimismo una ceremonia. Ixtlilton significa el pequeño negro. Los niños enfermos eran llevados a su templo para ser curados.

Los pequeños que estaban en condiciones de hacerlo debían bailar hasta caer rendidos, repetir las oraciones que formulaban sus padres y beber el agua bendita.

El escudo que el dios lleva en su brazo izquierdo tiene pintado el símbolo del sol y en la mano derecha lleva un cetro en cuya extremidad se ve un corazón.

En la actualidad, el Hospital Infantil de México aún conserva como emblema este dios que poseía el poder de curar a los niños enfermos (Figura # 6).

Figura # 6. Dios Ixtlilton.



Una creencia típica de los aztecas y muy difundida, se refería al hecho de pasar por encima de un niño acostado o sentado. Este acto, llamado "Tequenchol huilistli", le quitaba la virtud de crecer. Para reparar el daño debía desandarse el camino. Los niños debían dormir sobre esteras para fortalecerse; se bañaban con agua fría y se alimentaban casi exclusivamente de cereales.

A la edad de 8 ó 9 años comenzaban a ser castigados por su pereza. Al principio eran pinchados con agujas de magüey, después de los 11 años les hacían respirar vapores de chili. Los castigos inferidos a las niñas eran controlados para no afectar su belleza. A partir de los 12 años, las mujeres, y de los 15, los varones, pasaban a depender del estado. La orientación hacia la guerra y hacia la religión Fig. 6: Dios Ixtlilton comenzaba en la cuna, proseguía en la adolescencia arraigando en ellos sólidos principios morales sobre la divinidad, la patria y la familia.

La figura del médico se identifica, en esta cultura, con la del sacerdote y con la del brujo. Los herbolarios, en cambio, eran una especie de farmacéuticos que se dedicaban a recoger todo tipo de hierbas; andariegos incansables que llegaron a formar verdaderas boticas en las que incluían piedras y objetos de origen animal.

López de Gomara menciona en su crónica de la Nueva España algunas "cosillas": antidiarreicos, narcóticos, yerbas para hacer orinar, para provocar abortos y bálsamos para calmar las enfermedades de la piel. Pero especialmente purgantes, vomitivos, y sudoríficos que ayudaban a expulsar del cuerpo los malos espíritus que los enfermaban.

Los *mayas* aplicaban los remedios mediante una ceremonia mágica, no obstante conocer las propiedades de vegetales que empleaban como purgantes, sedantes o calmantes; otros ayudaban a orinar, transpirar y bajar la fiebre. Curaban las enfermedades de los ojos con la leche de los tallos del "chicalote". La ingestión de cocimiento de las hojas de "izbut" aumentaba la secreción láctea de la madre. (Figura # 7).

- Los *siboneys* de Cuba se conformaban con sangrías y purgantes y, en ocasiones recurrían a las propiedades narcóticas del tabaco.

**Figura # 7. ITZAMNA, dios de la medicina,
Panteón Maya - Guatemala.**



En algunas regiones, la medicina para el hombre formaba un capítulo aparte. Así sucedía entre los indios piaches en Venezuela y las Antillas, los *jibaros* y *carahybas* del Amazonas, los *boncios* o *buhitis* en las zonas orientales cerca del Pacífico, los *huancavilcas*, sin dientes, los mahanes, los vilcacamas y los *záparos* del Ecuador, los *camiles*, *camatas* y *collayaguas* de Bolivia y Perú y los *yatiris* de Puno. Entre los indios *quijos* del Ecuador, cuando un niño nacía, la mujer continuaba con sus tareas domésticas en tanto que el marido tomaba su lugar en la cama de la embarazada y hacía dieta, a veces hasta el extremo de morir por inanición.

En el año 1964, tuvimos la oportunidad de presenciar en Ecuador el parto de una india de la tribu ecuatoriana de *los colorados*, llamados así porque tanto la mujer como el hombre se pintaban de rojo la cara, parte del cuerpo y la mujer, los senos.

La parturienta era sostenida en posición vertical desde las axilas y al nacer, el recién nacido caía sobre un colchón de pasto preparado al efecto.

Viajantes, cronistas y misioneros coinciden en describir el trato amoroso dado por las madres aborígenes brasileñas a sus hijos. Tanto el “*cavalheiro*” Pigafetta en 1519, como Staden en 1557 y el padre capuchino Claude d’Abbeville, al referirse a la primitiva madre *tupinambá* a

las *indias de Maranhão* señalan que “cariñosas y vigilantes” cargan a sus hijos al lado de sus cuerpos, casi siempre prendidos al pecho, con una faja de algodón, la “*tipoia*”, y así, con ellos, trabajan. Los niños duermen y van contentos, por más que ellas se agachen o se muevan [...] nunca los abandonan ni les dan castigos. Destacan la asombrosa energía física de las mujeres que paren en los campos y rápidamente después del parto se lavan con su niño en el río más próximo y no reposan más de 2 ó 3 días. Mientras que el hombre se acuesta en la hamaca de su choza para recibir visitas, mimos de su mujer y comidas especiales, como si fuera él quien va a parir [...] los niños pueden llegar a mamar 7 u 8 años.”

La “*couvade*” o *chôco* dos indios, cuando van a parir las mujeres impresionó sobre todo al padre Simão de Vasconcellos. Para el indio el hijo le sale de los lomos, mientras que la mujer apenas guarda el semen en su vientre, donde se cría el niño. El hijo es una multiplicación del padre. Sociológicamente, escribe Gilberto Freyre, la “*couvade*” representa el primer paso en el sentido de reconocer la importancia biológica del padre en la generación de un hijo.

• **Párrafos repetidos vienen a continuación:**

El adulterio femenino causaba horror. Los tupias comían a sus hijos cuando morían después de nacidos, los bororós los mataban para aplacar malos sueños y no fumaban ni bebían agua para que el niño fuera resistente al humo y a la sed. Los curupebé no comían carne humana. Los caxinauás hacían regímenes dietéticos. El padre seccionaba el cordón umbilical del recién nacido con los dientes o lo cortaba con piedras frotadas una contra la otra, algunos usaban lasca de taquara.

En el Brasil primitivo las enfermedades autóctonas eran pocas y benignas.

Los pueblos Bororó y Xavante del Mato Grosso practicaban la planificación familiar. Para no quedar embarazadas las indias usaban varias plantas (tallo, or, raíz), cuyos nombres mantenían en secreto. Preparaban infusiones. Una planta habría sido el Capitão.

En numerosas tribus los deficientes eran sacrificados al nacer, por eso rara vez se encontraban niños discapacitados o prematuros.

Cuando indagamos en las costumbres incas encontramos que también ellos disponían de un pequeño rito para destetar al niño a los dos años de edad. Se le cortaba por primera vez el cabello, dando el padrino el primer tijeretazo. En ese momento se le imponía el nombre y recibía numerosos presentes.

Los medios que disponían para curar a los niños eran muy primitivos y mágicos. Al nacer el niño, se le cortaba el cordón umbilical y lo guardaban para dárselo a chupar cuando se enfermaba; si padecía fiebre lo lavaban con orina de la mañana y si la conseguían del mismo enfermo, le daban de beber una pequeña cantidad. La madre calmaba los dolores del hijo con su saliva; las pulmonías con su leche y las picaduras con sus excrementos. Sin embargo, dentro de la práctica médica, la cirugía incaica alcanzó gran desarrollo, destacándose como exitosos trepanadores de cráneo.

La deformación del cráneo había alcanzado gran difusión en la América precolombina. Aunque no se conoce a ciencia cierta su motivación, Pedro Weiss la atribuye a distintivos de grupos familiares o categorías y rangos sociales u oficios. Se efectuaban durante la infancia. Podían ser de tres clases cada una con aparatos y técnicas determinadas.

Tanto en la zona del Perú y de Bolivia, como en el noroeste argentino, el susto era una enfermedad mística (psicosomática), originada por un impacto violento que separaba el espíritu del cuerpo, provocando un desequilibrio. Según el grado de la impresión, podían aparecer vómitos, fiebre e incluso la muerte.

Los niños eran los más vulnerables, pues su espíritu era más débil. La curación se efectuaba mediante una ceremonia por la cual se restituía el alma al cuerpo.

El adulterio femenino causaba horror. Los tupías comían a sus hijos cuando morían después de nacidos, los bororós los mataban para aplacar malos sueños y no fumaban ni bebían agua

para que el niño fuera resistente al humo y a la sed. Los curupebé no comían carne humana. Los caxinauás hacían regímenes dietéticos. El padre seccionaba el cordón umbilical del recién nacido con los dientes o lo cortaba con piedras frotadas una contra la otra, algunos usaban lasca de taquara.

En el Brasil primitivo las enfermedades autóctonas eran pocas y benignas.

Los pueblos Bororó y Xavante del Mato Grosso practicaban la planificación familiar. Para no quedar embarazadas las indias usaban varias plantas (tallo, flor, raíz), cuyos nombres mantenían en secreto. Preparaban infusiones. Una planta habría sido el Capitão.

En numerosas tribus los deficientes eran sacrificados al nacer, por eso rara vez se encontraban niños discapacitados o prematuros.

Cuando indagamos en las costumbres incas encontramos que también ellos disponían de un pequeño rito para destetar al niño a los dos años de edad. Se le cortaba por primera vez el cabello, dando el padrino el primer tijeretazo. En ese momento se le imponía el nombre y recibía numerosos presentes.

Los medios que disponían para curar a los niños eran muy primitivos y mágicos. Al nacer el niño, se le cortaba el cordón umbilical y lo guardaban para dárselo a chupar cuando se enfermaba; si padecía fiebre lo lavaban con orina de la mañana y si la conseguían del mismo enfermo, le daban de beber una pequeña cantidad. La madre calmaba los dolores del hijo con su saliva; las pulmonías con su leche y las picaduras con sus excrementos. Sin embargo, dentro de la práctica médica, la cirugía incaica alcanzó gran desarrollo, destacándose como exitosos trepanadores de cráneo.

La deformación del cráneo había alcanzado gran difusión en la América precolombina. Aunque no se conoce a ciencia cierta su motivación, Pedro Weiss la atribuye a distintivos de grupos familiares o categorías y rangos sociales u oficios. Se efectuaban durante la infancia. Podían ser de tres clases cada una con aparatos y técnicas determinadas.

Tanto en la zona del Perú y de Bolivia, como en el noroeste argentino, el susto era una enfermedad mística (psicosomática), originada por un impacto violento que separaba el espíritu del cuerpo, provocando un desequilibrio. Según el grado de la impresión, podían aparecer vómitos, fiebre e incluso la muerte.

Los niños eran los más vulnerables, pues su espíritu era más débil. La curación se efectuaba mediante una ceremonia por la cual se restituía el alma al cuerpo.

Otra creencia sobre el futuro del recién nacido afirmaba que un niño había nacido “aicado”, porque la madre había violado las normas prescritas para la mujer embarazada. “Aicado” significa que no caminaría en el momento adecuado, que tendría poco peso, deshidratación, etc.

Para tratarlo lo colocaban desnudo dentro de las entrañas de un animal recién sacrificado. En realidad, la falta de locomoción y demás síntomas eran producto de una grave desnutrición.

Cuando el parto se atrasaba procedían a ovillar y desovillar un hilo especial llamado lloque, para que por “simpatía” el niño se “desenredara” en el útero materno.

En el noroeste argentino y sobre todo en la provincia argentina de Santiago del Estero, al morir un niño se efectuaba el “velorio del angelito”.

Solía durar 2, 4 ó 6 días, pues los vecinos y amigos solicitaban de los padres o deudos el cuerpo de la criatura para celebrar en su casa la bienhadada fiesta.

El cadáver en descomposición era llevado de casa en casa, dando motivo a que la juventud se divirtiera.

Una cinta roja o azul ceñía el cuerpecito del “ángel”. Cada uno de los presentes hacía un nudo en ella, para que llevara al cielo un recuerdo de quienes lo querían.

Los indios tobas y matacos de la región chaqueña tenían escasos conocimientos acerca de las enfermedades, pero sabían distinguir los males intestinales y especialmente la parasitosis de los niños.

Los guaraníes, como ningún otro pueblo en el mundo, según Moisés Bertoni, supieron resolver de manera tan brillante los problemas de la higiene. El “payé” era quien ejercía la medicina, empleando magnetismo y sugestión con actos y ritos variados. También la practicaba el “avaré arandú”, hombre de edad, que era el sabio de la tribu. El parto de la mujer se realizaba en cuclillas y el cordón umbilical era cortado con un cuchillo de tacuarembó, costumbre que también siguieron los charrúas de la República Oriental del Uruguay.

Los guaraníes, uno de los grupos más numerosos del Paraguay y del litoral argentino no fajaban a los niños como en el Norte y les daban el pecho hasta los 3 o 4 años, y hasta los 8 en ocasiones.

Al comenzar el destete se agregaba a su alimentación frutas y miel de abeja. También comían mandioca previamente masticada por la madre y rápidamente incluían como alimento el “tambú asado”, que es el gusano que se cría en el carozo de coco. Esta costumbre ha continuado hasta hoy entre los campesinos.

Su sabiduría natural les inspiró una especie de incubadora para colocar a los prematuros. Consistía en una olla de barro “yapepo”, recubierta de plumas por dentro y colocada no muy alejada del fuego. Los alimentaban con agua, miel y grasa de tambú. Como antihelmíntico agregaban una cucharita de fucus a la leche. En la zona del Paraguay, lo primero que daban al recién nacido era un té de yerba mate al que algunas veces agregaban una cucharadita de aceite comestible.

Denominaban té a cualquier infusión caliente o fría de hojas de naranja, de malva o de tilo. El té de yerba favorecía la expulsión de la pez (meconio). Los indios la llamaban “caá” (yerba por excelencia).

Combatían los parásitos con medicamentos de probada eficacia como el chenopodio, planta difundida en América del Sur con el nombre de paico, para combatir “los gusanos de los niños” colocaban polvo de semilla de paico en la mazorra después de retirarla del fuego “para que no se amargue”. Posteriormente se llamó “té de los

jesuitas” debido al uso que le dieron los misioneros. A pesar de su probada toxicidad aún hoy se sigue usando en núcleos poblacionales suburbanos, llegando a producir incluso la muerte de algunos niños.

Los tupi-guaraníes practicaron las escarificaciones. Algunas de carácter médico-religioso, que se efectuaban en las niñas en su primera menstruación, y en los niños pequeños la llamada escarificación bautismal, que se practicaba junto con el padre para dar al recién nacido parte de su espíritu.

Según el padre Cobo, las paperas, que llamaban “coto”, las trataban haciendo morder la zona parotidea por una culebra pequeña.

El pueblo araucano, que cubría amplias zonas de Chile y Argentina, confiaba la curación de sus enfermos a los hechiceros o “machis” que se limitaban a realizar horribles contorsiones implorando la mediación de los dioses, pues creían que sólo ellos estaban facultados para curarlos.

Las cunas de los pequeños eran cajones de bordes bajos o tablas en las cuales eran atados; esto les permitía apoyarlos contra un árbol o una piedra. Para darles de mamar los sostenían con la tabla. Ligeros de ropa, los niños no comían carne ni grasa, sólo legumbres y harinas sin sal. Cuando eran indolentes les lastimaban las piernas obligándolos a correr hacia el agua de río donde se lavaban. El frío, la alimentación liviana y el dolor físico eran elementos que contribuían a formarlos ágiles y fuertes.

Los pampas y mapuches trataban las enfermedades gastrointestinales con bilis de guanaco por vía oral o con enemas. A los niños con trastornos gástricos les daban polvos de buche de avestruz. Muchos medicamentos resultaban ridículos, pero los hubo de probada eficacia, como el empleo del hígado crudo en casos de debilidad.

En la Tierra del Fuego habitaban los indios onas llamados, a sí mismos, “shelknam”. Vivían en medio de una increíble escasez, prácticamente sin jefes. El hombre, la mujer y los hijos constituían una cerrada comunidad que nos remonta a los orígenes del hombre, los hijos de esta raza tan apartada eran ágiles y bien dispuestos. El frío

y las largas recorridas despertaban en ellos un apetito voraz.

Los senos de la mujer ona estaban bien desarrollados, no obstante ser muy delgadas y producían cuantiosa leche. En el ritual del amamantamiento participaban todas las mujeres de la tribu. Lo hacían de la misma forma que la mujer civilizada, el pezón entre los dedos índice y mayor; la lactancia se prolongaba hasta los 3 ó 4 años.

El recién nacido recubierto de pieles era ubicado sobre acolchados de lana de guanaco. Protegían los ojos de los niños con una víscera atada con tiento, que según las abuelas los preservaban de la reverberación de la nieve. Tenían un sentido de la belleza muy especial que los hacía depilar completamente. Este culto se extendía hasta el niño, quien a los pocos días de nacido era depositado sobre el suelo donde luego de retirarle las pieles, le quitaban todo el vello. A las pocas semanas era colocado en el “tahalsh” semejante a la cuna de los araucanos, pero ésta podía clavarse en el piso.

Los onas, como los tehuelches, de la Patagonia y de la llanura pampeana, establecieron una relación entre la unión sexual y la preñez, creyendo que las repetidas cópulas contribuían al feliz desarrollo del feto. El parto se realizaba en cuclillas y el recién nacido podía llegar al mundo en medio de muy bajas temperaturas. El único auxilio que recibía era el de cortar el cordón umbilical con una valva afilada. Al tercero ó cuarto día de vida la madre untaba las articulaciones de brazos y piernas del niño con una pasta blanda de greda y saliva. Se sabe que sufrían de seborrea y que algunas de sus características físicas eran: abdomen prominente, coloración trigüeña rosada que luego se modificaba y rápido desarrollo pondoestatural.

El aporte de trigo, cebada y legumbres que hicieron los españoles a la exclusiva alimentación de maíz, frijol y chile, que consumían otros indígenas, no llegó hasta habitantes tan australes.

Revisado hasta acá el 27 de abril de 2008
Pediatría colonial

En varias regiones de América Central, América del Sud y en el Río de la Plata, los partos se

producían regularmente en el hogar y la puericultura del recién nacido quedaba en manos de las matronas. Una orden real de 1795 que documentaba la aplicación del aceite de palo en el cordón umbilical, como prevención del mal de los siete días, da motivo a una carta dirigida al virrey de Buenos Aires que dice: . . . “diré solamente sobre este punto, que las matronas de Montevideo, y particularmente Madama Sanson, usaba al mismo fin, aunque ignoro con qué antecedentes, el bálsamo de Copayba llamado vulgarmente “aceite de palo”. Este aceite había sido descubierto en Cuba.

Mal de los siete días era como se denominaba entonces al tétanos neonatal, que se producía por el uso difundido de la telaraña para la hemostasia del cordón cuando ésta contenía esporos del *Clostridium*.

No cabe duda que la medicina aborigen inuyó en gran medida en el tratamiento de las enfermedades y al ir conociéndola, el hombre blanco llegó a descubrir coincidencias con la terapéutica del Viejo Continente, como el empleo de piedras bezoares, cálculo intestinal de vicuña u otro animal similar, que hacían los indios comechingones de la región cordobesa argentina y que usaban, como antídoto contra toda clase de envenenamientos, técnica ésta empleada en Europa en la Edad Media.

La introducción en el Nuevo Mundo de la religión católica aporta a las prácticas mágicas de los nativos algunos elementos nuevos (oraciones y cruces). Dicho sincretismo fue posible, por la coincidencia de elementos que fundamentan el proceso de una misma concepción teórica en una y otra cultura. Por ejemplo el sahumero, común en la América aborigen, es traído de España en el ritual de ceremonias de la Iglesia.

El conquistador lo introduce con sus prácticas médicas, fundamentalmente para conjurar daños o brujerías como el mal de ojo o mal aire.

Durante la conquista, no obstante estar en pleno renacimiento, España conserva su fanatismo religioso y con él muchas prácticas y creencias medievales que daban fe de las brujerías al igual que los indígenas americanos. Pero la cultura eu-

ropea estaba en plena transición y la medicina comenzaba a ser experimental.

De este lado del Atlántico el antiguo hechicero se iba despojando poco a poco de sus disfraces y el machis se transformó en la machis, es decir en la curandera conservadora del carácter mágico de la medicina y refugio de los espíritus supersticiosos.

Cataplasmas y ventosas, alternaban con “tiradas de cuerito”, clásico método de “quebrar” el empacho. Dentro de la terminología empleada por la medicina popular infantil no había “enfermedad” más diagnosticada que el “empacho”; próximo a él y sobre todo en el primer año de vida el “mal de Simeón” y la “pata e’ cabra” son denominaciones empleadas por las curanderas con bastante frecuencia para catalogar trastornos digesto-nutritivos. El empacho, del latín implagium (acción de llenar) ya se menciona en los versos de Bretón de los Herreros:

“Turrón... lo que quieras tú, no hay ninguno que me empache mazapan, ni ve, guirlache..... entra luego a relatar las gracias de los muchachos sus lombrices, sus empachos su romper y su chillar”.

Desde el punto de vista conceptual el empacho es interpretado como un “asiento”, una sustancia extraña que queda retenida en algún lugar del aparato digestivo y que es necesario eliminar o “quebrar”.

Telémaco Susini en su tesis de doctorado del año 1879 “Contribución al estudio del empacho”, al hacer una clasificación clínica lo divide en empacho agudo y crónico, destacando que el primero se presenta en los primeros meses de vida, observándose el segundo después del primer año.

Además de usar la popular maniobra de despegar la piel, “tirar el cuerito”, a los lados de la columna vertebral y a la altura del abdomen, se trataba con purgantes, baños calientes con mostazas y emplastos. También eran populares el incienso y los polvos de buche de avestruz.

Las viejas costumbres se fueron relajando en uno y otro bando, se cometieron abusos y el niño fue el principal receptor de tal descomposición, su abandono se hizo frecuente. Aunque hubo en

la legislación romana cláusulas que reconocían a la patria potestad el derecho de abandonar el hijo en ciertas circunstancias, el cristianismo modificó completamente ese espíritu de posesión y lo consideró criminal. Fue así que para reparar la vileza de unos existió el altruismo de otros. Muy pronto aparecieron en México y en Perú instituciones que recogieron los niños abandonados y los huérfanos, siendo las más típicas las Casas de Expósitos, denominadas también Inclusas. La primera se creó en Lima en 1596, según narra el padre Bernabé Cobo. La de México surgió en el año 1582 cuando Pedro Lopez fundó el hospital de la Epifanía, y arregló un departamento para los niños expósitos, pero no se conoció su destino. En ese país la verdadera Casa de Expósitos se inauguró en el año 1776 a la llegada del arzobispo Francisco Antonio Lorenzana y Butrón.

En Colombia los niños abandonados yacían en “La Glorieta” en el antiguo Hospital San Juan de Dios en la calle 12 de Caracas.

En Chile tomó estado público en 1758 con los bienes legados por el comerciante valenciano Pedro Tisbe y las donaciones de su albacea Juan Nicolás Aguirre.

En 1761, por Real Cédula de Carlos III se fundó la Casa de Huérfanos, que cobijaba a niños lactantes que vivían junto a sus amas de leche; había también una sala para parturientas vergonzantes y un torno para expósitos.

La Casa de Expósitos de Buenos Aires fue fundada por el Virrey Juan José de Vértiz el 14 de julio de 1779 a pedido del entonces procurador síndico general don Marcos José de Riglos, que en nota dirigida al Virrey decía: “...que entre las públicas necesidades que padecen esta ciudad y su jurisdicción, es de las más urgentes que haya una casa en que puedan recogerse los muchos niños que se exponen. Son, a la verdad, muy lamentables los sucesos que se han experimentado. Cuántos, no sentidos al tiempo de exponerlos han perecido a las puertas y ventanas de los vecinos por la misma intemperie de la noche. Cuántos, por que exponerlos en la misma vereda o paso, han sido pisados.

Cuántos comidos de perros y cerdos. Cuántos que arrojados en las calles públicas nadie ha

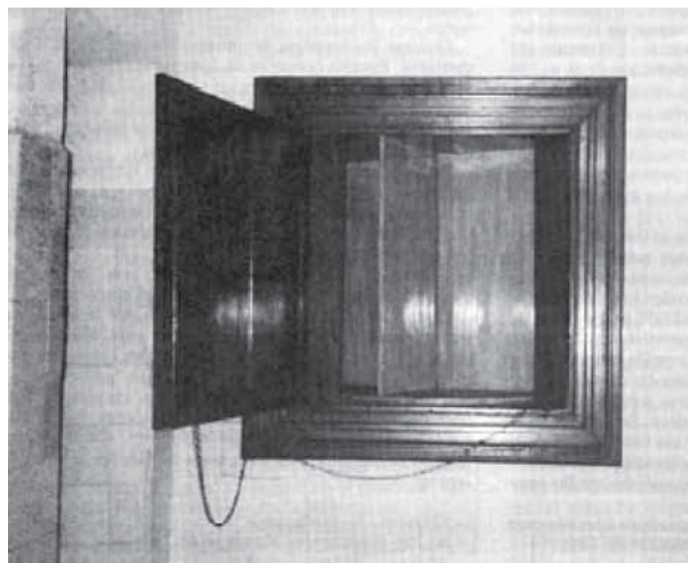
podido remediar su trágica muerte. Y siendo lo más común exponiéndolos sin agua de bautismo concurre esta gravísima circunstancia para hacer más doloroso su infeliz fallecimiento”.

El 7 de agosto de 1779 se abren al servicio público la Casa y el torno. En su portada se leía la siguiente inscripción: “Mi padre y mi madre me arrojan de sí, la caridad divina me recoge aquí” (Figuras # 8 y 9).

Figura # 8. El torno y la leyenda original de la Casa de Expositos.



Figura # 9. Un antiguo torno refaccionado, que se conserva en un convento de Carmelitas Descalzas en Buenos Aires.



En el Uruguay, el padre Larrañaga logra el apoyo del gobernador y funda la Casa, que comienza a funcionar en Montevideo, en el Hospital de Caridad, en noviembre de 1818.

En Brasil la primera providencia oficial de protección a los marginados y abandonados la lleva a cabo la Metrópole en Río de Janeiro en 1693 y dos siglos después, en 1738, Romaõ de Mattos Duarte inaugura la Roda dos Expostos, el primer asilo para niños.

La pediatría moderna

Influencia de los países europeos y de los Estados Unidos en la pediatría latinoamericana. En nuestra América, el siglo XIX fue testigo del advenimiento de las Universidades y con ellas el amanecer de la medicina académica. Así surgieron las Facultades de Medicina, cuyas cátedras fundamentales fueron Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Obstetricia.

Por aquellos años, con la concepción de que el niño era un adulto en miniatura, la enseñanza de sus enfermedades estaba dentro de los contenidos educativos de la Clínica Médica o de la Cátedra de Partos como se la denominaba entonces.

La difusión de los descubrimientos bacteriológicos logrados en Europa por Lister, Erlich, Koch, Pasteur y Semmelweis, su metodología científica y su pensamiento crítico, influenciaron a la medicina infantil, que dio origen a las grandes escuelas pediátricas europeas.

La mirada de los primeros pediatras de América Latina, estuvo dirigida a esas notables escuelas pediátricas, sobre todo a la francesa y a la alemana, que fueron los cimientos de la pediatría latinoamericana moderna y que la nutrieron prácticamente desde sus comienzos. Entre otros, fueron los aportes de Bretonneau, Ribadeau-Dumas, Trousseau, Marfan, Parrot, Hutinel, Roger, Grancher y Comby en Francia; de Heubner, Keller, Moro, Pfaundler, Schlossmann, Czerny, Escherich, Hensch y Finkelstein en Alemania; de Cadogan, Armstrong y Marriot en Gran Bretaña; de Von Rosen en Suecia; de Morgan, Köplik y Jacobi en EE.UU.; de Maragliano y Golghi en Italia y de Ramón y Cajal, Marañón, Suñer, Benavente y Martínez Vargas en España, que básicamente enriquecieron a los profesionales de nuestro continente.

Es recién alrededor de 1880, que en las Facultades de Medicina latinoamericanas comienzan a crearse las cátedras de Pediatría y de esta manera, al tomar individualidad y personalidad propia la enseñanza de la medicina infantil, se inician avances notables en relación al conocimiento de la crianza del niño, de los cuidados de su salud y de sus enfermedades.

Se inauguran servicios de pediatría en hospitales generales y comienzan a funcionar los primeros hospitales pediátricos como por ejemplo el “Hôpital des Enfants Malades” fundado en París en 1802, que fue el primer hospital dedicado exclusivamente a la internación de niños. A partir de entonces, la medicina del niño y los pediatras, comienzan a ganar espacio en forma continuada.

No fue casual entonces que por ese sentido gregario que tienen los grupos humanos, en las primeras décadas del siglo XX se fueran creando las Sociedades Nacionales de Pediatría, que han cumplido hasta el momento actual una relevante labor científica en todos los países de América Latina.

Iniciaron sus actividades en las capitales de cada país donde los pediatras realizaban reuniones periódicas, que consistían en la presentación de observaciones de interés clínico y muchas veces de pacientes con patologías excepcionales en ateneos anatómoclinicos.

Así las cosas, fue inevitable la aparición de las primeras revistas científicas, hoy extendidas en todo el continente. Tal vez la primera publicación especializada editada en América Latina desde junio de 1889, aunque de manera precaria, haya sido la Revista de la Clínica de los niños pobres que dirigía José Manuel de los Ríos, ilustre profesional y pionero de la asistencia infantil venezolana, acompañado por Francisco A. Rísquez. En 1897 se funda la Revista del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez en Buenos Aires, a la que se sumó, poco tiempo después una publicación señera, verdadero incunable, los Archivos Latinoamericanos de Pediatría. (Figura # 10).

Creada por cuatro grandes de la pediatría de América del Sur: Luis Morquio, de Montevideo, Gregorio Araoz Alfaro, de Buenos Aires, Olinto de Oliveira, de Porto Alegre y Fernández Figueiras, de Río de Janeiro, desde su aparición en marzo de 1905, marcó un hito en el periodismo científico latinoamericano.

Figura # 10. Portada de Archivos Latinoamericanos de Pediatría, cuya primera edición apareció en abril de 1905.



En el primer número quedó reñada la mentalidad y la concepción de una pediatría total que defnía a sus editores. Una interesante crónica señala la importancia que los destacados pediatras de principios de siglo le daban, ya por entonces, a los grandes temas que hoy agrupamos dentro de la Pediatría Social. Y de cómo, no solamente había que interesar a los poderes públicos, sino también darle difusión y participación a la comunidad en la solución de muchos de los problemas de la patología infantil.

Pasaron 25 años de intercambio científico permanente entre América y Europa, a través de los Archivos Latinoamericanos y paralelamente a la publicación que unía e informaba, se fueron desarrollando muchas de las Sociedades Nacionales de Pediatría y junto a ellas, nacieron del gran tronco común, varias revistas societarias que fueron sus herederas: Archivos Argentinos de Pediatría, Revista Chilena de Pediatría, Jornal de Pediatría de Brasil y Archivos de Pediatría del Uruguay.

A mediados del siglo, las Asociaciones se fueron federalizando, se crearon Filiales en las ciudades principales de cada país, alcanzando el conjunto de ellas una dimensión nacional. En algunas, las Filiales llegaron a ser tan numerosas que se hizo necesaria la Regionalización.

A las revistas se agregaron normas de diagnóstico y tratamiento, boletines informativos, folletos, libros y los encuentros científicos aumentaron su frecuencia. Comenzaron las Jornadas y Congresos Regionales y Nacionales, con la participación de pediatras destacados a nivel nacional, que luego fueron representantes de sus países a nivel internacional.

La culminación fue la organización de Congresos Internacionales de Pediatría en varias naciones latinoamericanas, como el XII Congreso del año 1968 en México, el XIV Congreso en el año 1974 en Buenos Aires, el XX Congreso de Río de Janeiro en 1992, y el próximo, número XXIV, que se realizará en Cancún (México) en Agosto de 2004.

El auge de las especialidades pediátricas, significó la iniciación de los Comités, Secciones o Capítulos nacionales de estudios, del trabajo de Subcomisiones en temas específicos y con ellos la ampliación del campo de actividad de las Asociaciones. Simposios, Conferencias, Seminarios, Talleres y Cursos de perfeccionamiento, enriquecieron la tarea académica y significaron un avance importante en la actualización de los pediatras latinoamericanos.

Varias Sociedades crearon Programas Nacionales de Actualización Pediátrica a Distancia y Consejos de Evaluación Profesional reconocidos oficialmente, que certifican y recertifican al pediatra general y a las especialidades pediátricas para la obtención de títulos.

Se formaron bibliotecas especializadas y centros de información para todo el equipo de Salud pediátrico (CIP), se crearon becas de investigación y perfeccionamiento, se otorgaron premios a los mejores trabajos científicos y en algunas sociedades surgieron Fundaciones que realizan acciones de educación para la salud en medios masivos de comunicación, en escuelas y asociaciones comunitarias.

En la mayor parte de los países, este cúmulo de tareas se hizo complementando la educación médica de pre y postgrado, que se llevaba a cabo en las Cátedras de Pediatría de las Facultades de Medicina y en los Servicios pediátricos hospitalarios, con profesionales destacados que interactuaban en todas esas Instituciones.

A través de los años, fue cada vez mayor la vinculación, el acercamiento y la toma de resoluciones con-

juntas de las Asociaciones con los Ministerios de Salud y con organizaciones internacionales como el Centro Internacional de la Infancia, el Instituto Interamericano del Niño, la OPS/OMS y UNICEF. La vinculación con el Centro Internacional de la Infancia en París facilitó la continuidad de la relación con la pediatría francesa, representada en figuras como Robert Debré, M. Lelong, A. Rossier, A. Minkowski, A. Thomas, Saint-Anne Dargassies y Pierre Royer. Dentro de la Pediatría Social fue notable la influencia de Nathalie Masse y de su continuador M. Manciaux. El libro de Nathalie sobre el tema ha sido consultado por generaciones de pediatras.

El acercamiento a la Organización Sanitaria Panamericana (OPS) permitió el contacto permanente con la pediatría de los Estados Unidos, participar de sus progresos, sobre todo de las especialidades pediátricas y en terapia intensiva neonatal y pediátrica, y recibir nuevos conocimientos de numerosos profesionales, entre los que podemos mencionar a C. Smith, Hess, Lubchenko, Metcoff, Barness, Wilkins, Gellis, Oski, Krugman, M.E. Avery, Kendig, Caffey, Behkman, Wehle, Usher, Silverman, Odell, Stern, Klaus, Fanarof, Barnett, Taranta y Waldo Nelson.

Asimismo, no queremos dejar de señalar la importante y comprometida tarea desarrollada por quien fuera Director General de UNICEF, James P. Grant.

En la actualidad todas las Sociedades están afiliadas a la Internacional Pediatric Association (IPA) y a la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) fundadas en 1910 y 1963 respectivamente.

La obra más trascendente de la pediatría latinoamericana en este siglo, se ha cumplido a través de la atención de la salud del niño en dispensarios, centros de salud, servicios de pediatría de hospitales generales y hospitales pediátricos; a través de la docencia en las cátedras universitarias cumplimentando el proceso de enseñanza-aprendizaje y en la fecunda labor de las Sociedades Nacionales de Pediatría.

Algunos de los primeros Hospitales de Niños surgieron de la transformación de las antiguas Casas de Expósitos o Casas Cunas y otros se inauguraron directamente como Hospitales Pediátricos.

En México, Argentina y Brasil en la segunda mitad del siglo XIX, en Colombia, Chile y Uruguay al ini-

ciarse el siglo XX y años más tarde, en otros países de América Latina.

De las naciones del continente también surgió la organización de la Sociedad Sudamericana de Pediatría, que llegó a organizar siete Congresos Sudamericanos, que se realizaron simultáneamente con Congresos Panamericanos.

Clifford G. Grulee, uno de los fundadores de la Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos, en junio de 1930 y su primer presidente, Isaac Abt, participaron en esos Congresos Panamericanos, Grulee tuvo la idea de incorporar a los pediatras de Centro y Sudamérica en una integración que benefició a ambos grupos. Así se fueron organizando en América Latina, los Capítulos de la American Academy of Pediatrics, que cumplieron, a partir de la segunda guerra mundial, una importante labor de intercambio nacional y regional y de perfeccionamiento, por intermedio de becas y pasantías para profesionales, en diferentes centros de alto nivel científico de los Estados Unidos.

La adquisición de nuevos conocimientos rápidamente se vio reflejada en el mejoramiento de la atención de los niños y de la organización de los Servicios de Pediatría y Neonatología de los distintos países. A ello debemos sumar la tarea realizada por los Comités de especialidades de la Academia, que aportaron normas de diagnóstico, tratamiento y prevención y recomendaciones periódicas para el manejo de las patologías infantiles. Este modelo de los Comités de estudios fue asimilado por las distintas Sociedades Pediátricas Nacionales de América Latina y ha recibido importantes frutos.

Uno de los ejemplos más demostrativos ha sido la labor del Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia, que a través del Red Book o Libro Rojo, desde su 1ª edición en 1938 y después de más de 20 ediciones, sigue prestando enormes beneficios a los pediatras latinoamericanos.

Asimismo, han sido trascendentes los aportes de reconocidas publicaciones científicas. Entre ellas queremos destacar a Pediatrics, revista oficial de la Academia Americana, que desde principios de siglo ha nutrido a nuestros pediatras de los avances que se producían, al Year Book de Pediatría, que año tras año nos presentó una sección compendiosa de la me-

Por bibliografía pediátrica del año, con comentarios de destacados colaboradores, en un volumen que llegó a ser verdadera obra de consulta y a las Clínicas Pediátricas de Norteamérica que en volúmenes trimestrales, desde hace medio siglo, nos entrega temas actualizados exhaustivamente.

Una mención especial para la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).

En los Congresos Sudamericano, Panamericano y Nacional de 1960, llevados a cabo en Caracas, Venezuela, los representantes de México y Guatemala manifestaron su inquietud de incorporarse al grupo sudamericano. La idea fue aceptada en forma unánime, formándose una comisión permanente para estudiar una nueva organización y sus estatutos.

Tendría carácter latinoamericano, reemplazaría a la original sudamericana y su sigla sería ALAP, siendo finalmente ALAPE por razones legales.

Presidió la comisión Luis Garibay Gutiérrez de México, en ese momento Rector de la Universidad de Guadalajara, actuando como Secretario Ejecutivo Eduardo Urdaneta de Venezuela y como representantes de otros países José Raúl Vásquez de Argentina, Aldo Muggia de Ecuador, Noé Huamán de Perú, Aníbal Ariztía de Chile y Alfonso Vargas Rubiano y más tarde Ernesto Plata Rueda, ambos de Colombia.

El 1º de agosto de 1963 en los Congresos de Pediatría de Quito, Ecuador, con la firma del Acta de Quito se concretó su creación, se aprobaron los estatutos y se eligió la primera Comisión Directiva que fue presidida por Luis Garibay Gutiérrez.

Durante más de 40 años, la Asociación Latinoamericana de Pediatría ha desarrollado una importante tarea de acercamiento e intercambio científico entre las distintas Sociedades de Pediatría del continente, habiendo realizado doce Congresos en las principales ciudades de América Latina.

El XIII Congreso Latinoamericano se realizará en Panamá en el mes noviembre de 2003, donde será entregado el Premio “José Renán Esquivel” al mejor trabajo de Clínica Pediátrica similar al premio “Dr. Carlos Gianantonio” que se entregó en 1998 en Santiago de Chile y al premio “Luis Morquio” otorgado en el 2000 en Montevideo (Uruguay).

Asimismo se han organizado en su seno numerosos Comités de estudios de especialidades, que han influido en la ampliación de las actividades de la Sociedad. Debemos destacar sobretodo los de Lactancia Materna, Muerte Súbita del lactante, Discapacidades, Adolescencia y Alergia e inmunología.

Dadas las dificultades de la comunicación, se encuentra en estudio la regionalización de ALAPE, sobre la base a cuatro Regiones: Cono Sur, Andina o Bolivariana, Centroamericana y México y el Caribe.

En distintas épocas, dos Revistas científicas han sido sus órganos oficiales “Acta Pediátrica Latinoamericana” que dirigió Lázaro Benavides y “Criterio Pediátrico” que dirigió J. Camarena Bolaños, ambos de México. Desde el año 2001 un Boletín informativo interactúa con las 25 Sociedades Miembros.

En distintas épocas han ocupado la Presidencia de la Asociación, los Dres. E. Plata Rueda, y Cesar Villamizar de Colombia, José R. Vásquez y A. Cedrato de Argentina, E. Kasse Acta de República Dominicana, B. Schmidt y F. Olinto de Brasil, Enzo Dueñas de Cuba, S. Guerra Jiménez y J. Camarena Bolaños de México, Julio Lorenzo y de Ibarreta de Uruguay y actualmente el Dr. Teodoro F. Puga de Argentina.

En Europa están adheridas a ALAPE, las Sociedades Española, Portuguesa e Italiana de Pediatría.

En el año 2001 ALAPE por primera vez hizo oír su voz en la reunión plenaria de Naciones Unidas, informando los graves problemas que padecen los niños y adolescentes de América Latina.

Desde el año 2002 se encuentra en Internet el sitio web de ALAPE (www.alape.org) y desde cualquier lugar del mundo puede accederse por vía electrónica a todas las Sociedades Nacionales que la integran.

Allí se encuentran la Declaración de Montevideo, compromiso de ALAPE con los Derechos del Niño; Compromiso de Buenos Aires en relación con los niños Discapacitados y la posición de ALAPE con motivo de la Paz de los niños y la Guerra.

Debemos mencionar también a la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica - SLAIP- creada en la ciudad de Mendoza, Argentina, en 1962, que ha promovido en el continente, el desarrollo de la investigación, estimulando la formación de investigadores jóvenes.

Varios hitos deben ser señalados en esta proyección de más de cien años de la moderna pediatría.

Pediatría Social y Protección a la Infancia

A principios de siglo, las Instituciones de Protección a la Infancia y los Patronatos crearon lactarios, centros para inspecciones de nodrizas, Institutos de puericultura y Dispensarios de lactantes que fueron la reproducción de las "Gotas de leche" que entre otros organizara Pierre Budin en París.

En esa línea y siguiendo los conceptos de Luis Morquio, en 1927 se creó en Montevideo el Instituto Interamericano del Niño, organismo dependiente de la OEA.

Los fundamentos técnicos de los Dispensarios, modelos de atención primaria, siguen siendo válidos hoy y contribuyeron significativamente a la disminución de las tasas de mortalidad infantil, que entonces eran superiores al 300 por mil.

En las décadas del 20 y del 30, las diarreas y los llamados trastornos nutritivos del lactante, fueron una gran preocupación de los pediatras. Comenzó el desarrollo de la industria de la alimentación en la infancia; primero las diluciones de la leche de vaca, después las leches acidificadas, entre ellas el Babeurre, por sólo nombrar una, descubierto por los holandeses, luego la leche albuminosa de Finkelshtein y finalmente las leches modificadas actuales.

Fue tanto el progreso que la industria sobredimensionó y llegó a prescribirse la lactancia artificial, aún en las situaciones de normalidad, en las cuales la lactancia natural era posible.

Se generó una iatropatología preocupante, que hizo necesaria la organización de campañas de promoción del amamantamiento materno y hace más de veinte años la aprobación por parte de la OMS, a la que se adhirieron las Sociedades Nacionales de Pediatría, del Código de Ética de comercialización de fórmulas infantiles.

También han quedado en la historia las distrofías farináceas del lactante, las inyecciones de leche tyn-dalizada y los abscesos de fijación para aumentar las defensas, las inyecciones de sangre intramuscular para tratar enfermedades alérgicas, la rehidrata-

ción con sueros subcutáneos con la formación del tercer espacio y la punción del seno longitudinal a través de la fontanela anterior, que se realizó hasta la década del 40. Ya no vemos las salas hospitalarias donde se internaban adultos y niños en la misma sala, ni las que estaban dedicadas a patologías especiales como las de difteria y tétanos, por ejemplo. Han desaparecido la seudoparálisis de Parrot y otras manifestaciones clínicas de la sífilis congénita, el craneotabes y el rosario costal del raquitismo, las encías sangrantes del escorbuto y los síntomas oculares de hipovitaminosis A. Ya no diagnosticamos las graves ictericias del Recién Nacido por incompatibilidad Rh, que observábamos antes de la llegada de la exanguinotransfusión, las hidrocefalias incontrolables antes de las derivaciones del LCR, las secuelas de poliomeilitis ... y tantas otras que sería muy largo enumerar.

A la vacuna antivariólica iniciada por Jenner en el siglo XVIII, se sumaron otras y en el momento actual, con las nuevas vacunas, el capítulo de la prevención a través de las inmunizaciones ha tomado una dimensión impensada.

A quién recorra el tema de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunas y lo compare con lo que sucedía a principios de siglo, no le será difícil comprobar los importantes cambios que se produjeron en la epidemiología de patologías como la difteria, el tétanos, la tos ferina y el sarampión.

La llegada de las sulfamidas en 1935 y de los antibióticos en 1942, modificó la historia natural de muchas enfermedades infecciosas en la infancia.

La introducción de los corticoides, los avances, en la década del 50, de los métodos auxiliares de diagnóstico en el estudio del medio interno y del estado ácido base, produjeron un cambio en el manejo de los problemas metabólicos, en la atención del Recién Nacido prematuro y de bajo peso y en el control de las patologías neonatales y de todas las especialidades pediátricas.

La enfermedad diarreica aguda, una preocupación permanente de la pediatría ha sido controlada y el aporte de las sales de rehidratación oral para su tratamiento mostró un beneficio indiscutible.

Hacia 1960, las investigaciones sobre fisiología obstétrica y perinatal, iniciadas en Montevideo (Uru-

guay), en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de OPS/OMS, que organizó y dirigió durante más de un cuarto de siglo Roberto Caldeyro Barcia, alcanzaron enorme trascendencia y gran difusión internacional.

Rápidamente, estos estudios se vieron reflejados en el mejoramiento de la atención obstétrica y neonatal de muchas maternidades y servicios de neonatología de América Latina.

En esa misma época, la insistencia de Florencio Escardó sobre los daños que producía el hospitalismo y la necesidad de la internación conjunta de la madre con su hijo, comenzó a ser implementado en los servicios hospitalarios. Además la “nursery” clásica de los Servicios de Neonatología comenzó a cuestionarse. Así nacieron los sectores de alojamiento conjunto o “rooming in”, donde el recién nacido se encuentra junto a su madre desde el momento del nacimiento, favoreciendo la formación del vínculo madre-hijo y la lactancia materna.

Dentro de la literatura médica, desde fines del siglo pasado y en el transcurso de este siglo, algunos textos tuvieron gran influencia en la formación de los pediatras de América Latina.

Entre ellos, el *Traité des maladies de l'enfance* de J. Grancher y J. Comby, editado en París y en el que participaron varios autores latinoamericanos; los tratados de las Enfermedades del niño de Pfaundler y Schlossmann y de Enfermedades del lactante de Heinrich Finkelstein, editados en Alemania; el Tratado de Pediatría de Guido Fanconi y A. Wallgren editado en Suiza y el Tratado de Pediatría de Waldo E. Nelson de los EE.UU.

De autores latinoamericanos, debemos mencionar dos libros de excepción.

El primero apareció en 1921 y en el curso de 40 años tuvo 8 ediciones, con más de 80 mil ejemplares. Su autor Juan P. Garrahan, brillante docente, lo escribió con gran claridad de concepto y con lectura fácil y agradable. Poco a poco desplazó a los tratados clásicos.

El segundo, editado en 1972, llenó el espacio que había dejado vacante el libro “Medicina Infantil” de Garrahan. Su título “Pediatría”, lleva 5 ediciones, está dirigido por Julio Meneghello, uno de los pe-

diatras más destacados de nuestra América, al cual se ha sumado un número importante de relevantes pediatras.

Merece una profunda reflexión, la evolución histórica de la atención de la salud del niño y la familia y el desequilibrio producido en la asistencia pediátrica, según los niveles de atención.

En esta última mitad del siglo XX, la invasión permanente de la nueva tecnología en los grandes centros urbanos, aunque no en forma uniforme, dio paso a un desarrollo espectacular de la alta complejidad.

La perinatología, los avances en terapia intensiva pediátrica y neonatal, en nefrología, cardiología, infectología, endocrinología, oncología, transplantes, genética, etc. muestran esos enormes progresos.

Han sido tan avasallantes, que hoy se ve con mucha claridad el desequilibrio producido.

Por un lado, el niño enfermo y su tratamiento en base a la alta tecnología, a veces usada sin la ética ni la idoneidad debida y con la consiguiente iatrogenia. Por otro, el niño sano, la familia y su dinámica, la prevención y promoción de la salud, los aspectos psicosociales y legales, es decir, el equivalente a puericultura de Caron y Pinard de principios de siglo, que también demostró en las estadísticas su eficacia.

En 1978, con la participación de las autoridades de salud de todos los países del mundo, en la reunión de ALMA-ATA, se intentó corregir ese desequilibrio bajo el lema “Salud para todos en el año 2000” y con la estrategia de “Atención primaria para la salud” para concretarla.

Debemos destacar que ya antes de la reunión de ALMA-ATA, en algunos países de América Latina se habían desarrollado programas orientados a una concepción holística de la atención pediátrica.

El Servicio Nacional de Salud de Chile, creado en 1952, fue un hito histórico relevante; asumió la responsabilidad total de la atención maternoinfantil en un contexto sistémico, basado en la planificación y en la programación integrada de salud a lo largo de todo el país. Estas se llevaron a cabo en los niveles hospitalarios y ambulatorios, proyectándose además a la comunidad. De la misma manera la organización de la atención pediátrica en la provincia ar-

gentina de Neuquén, los programas llevados a cabo en Costa Rica y Panamá con la participación de la comunidad y la puesta en marcha de la atención de la salud infantil en Cuba hace más de 30 años, con resultados espectaculares en la disminución de las tasas de mortalidad infantil, fueron realizaciones trascendentes que es imprescindible señalar en honor a la verdad histórica. Nosotros mismos en la década del 70, en el Instituto Materno infantil de Lanús, un departamento del Gran Buenos Aires, llevamos a cabo una enorme tarea basada en esta estrategia, tanto en el campo asistencial como en el docente.

En un hospital sin muros, nos proyectamos a la comunidad y nuestros pediatras residentes y el equipo de salud pediátrico, se nutrieron de sus enseñanzas y de sus costumbres y creencias.

A pesar de la propuesta de ALMA-ATA y del apoyo permanente de OPS, OMS y UNICEF, los desfases continuaron y todavía no existe una oferta moderna y de excelencia de cuidado primario, primordial o prioritario, que ha quedado solamente en cuidado precario.

También fueron notorios en este siglo, los avances en la educación pediátrica de pre y posgrado.

Los contenidos educacionales predominantemente biólogos y organicistas, se enriquecieron con los psicológicos, intelectuales y sociales y con la concepción de equipo de salud pediátrico, de la multidisciplinaria y de la interdisciplina.

Sin embargo, es necesaria una permanente reflexión sobre la aplicación de estos contenidos, en especial en la educación que se imparte en las residencias pediátricas de postgrado y diferenciar la formación del pediatra del primer nivel de atención, del pediatra internista y del pediatra de las especialidades.

Los avances logrados se reflejaron, aunque en muchos países no en la medida deseada, en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y también en la aparición de la nueva morbilidad pediátrica del siglo XXI.

Hoy, muchos niños no se mueren, pero quedan con secuelas definitivas, y, por ejemplo, el fantasma de la diarrea de otro tiempo ha sido sustituido por la gran cantidad de accidentes (enfermedad accidente)

que los niños y adolescentes sufren en el hogar o en la vía pública.

Discapacidades motoras, secuelas de la prematuridad, parálisis cerebral, déficits sensoriales (hipoacusia, sordera, ceguera), violencia, abuso sexual, abandono, maltrato, suicidio de adolescentes, adicciones, SIDA, trabajo infantil, niños de la calle, trastornos genéticos, adopción, los derechos del niño en las nuevas familias, trastornos de aprendizaje, serán temas que el pediatra deberá abordar con frecuencia y los contenidos educacionales de pregrado y posgrado que programen nuestras universidades deberán reflejar esos cambios.

Asimismo, la Educación para la Salud de nuestras comunidades será también una prioridad que deberá avanzar desde el marco teórico a la práctica.

Después de haber recorrido su historia, con las vicisitudes y cambios del siglo XX, podemos decir que la pediatría actual es la que cuida y controla la salud primero y atiende la enfermedad después. Es la que incorpora la tomografía computarizada por un lado y rescata la figura de los abuelos por el otro, la que considera a la madre y recupera al padre como factores esenciales en el desarrollo del niño, la que detiene atentamente su mirada ante los trastornos psicoemocionales de la sociedad actual, de tantos contrastes en muchas regiones de América Latina.

Es la pediatría que integra definitivamente como tarea fundamental la atención del adolescente; que nos devuelve la lactancia materna y la internación conjunta madre-hijo al mismo tiempo que realiza un trasplante, atiende un bebé de probeta, respeta la ecología, protege a la infancia de los factores ambientales y tiene en cuenta los aspectos éticos y humanos de la práctica profesional.

No debe existir ningún tipo de duda de que el médico de familia y de cabecera del niño, desde su concepción hasta el final de su crecimiento y desarrollo ha sido y seguirá siendo el pediatra.

Por eso decimos que la pediatría latinoamericana actual no es cosa sola de pediatras y hablamos de equipo de salud, no es cosa sola de medicina y hablamos de nutrición, de sana convivencia, de educación, de modernización y cumplimiento de la nueva Convención de los Derechos del Niño y demás leyes sociales referidas a la madre y al niño; hablamos de economía, de programas de gobierno.

Si nuestras falencias actuales consistieran solo en la carencia de algunos aparatos, no serían tan graves. Nuestros problemas, más que de subdesarrollo son de inmadurez y por ende de organización y de respeto a la organización.

Cuando digo pediatría posible para América Latina no peso el dinero que nos falta, sino la disposición que tenemos para producir un cambio antes que exigirlo.

Los pediatras, como parte integrante de la sociedad latinoamericana, podemos y debemos ser factor de cambio dentro de la comunidad. Ese cambio lo podemos efectuar de dos maneras.

Por un lado, a través de nuestra capacitación y perfeccionamiento, cualquiera sea el lugar y el país del continente que habitemos. Por el otro, evaluando el acontecer pediátrico oficial, privado o de la seguridad social y acercando a los gobernantes nuestras inquietudes.

Hoy más que nunca se necesita el diálogo, la participación y comunicación permanentes y además, la constancia y fuerzas necesarias para conocer y hacer conocer, para aprender y enseñar, informar, evaluar y corregir si fuera necesario.

Esa relación debe existir entre nosotros los pediatras, pero también con las autoridades encargadas de administrar eficazmente dichos conocimientos y tareas.

En síntesis, la comunicación y la participación en la acción son indispensables para poner en marcha, en forma coherente y racional, toda esa rica teoría almacenada por años.

Como lo hemos visto en esta reseña de la pediatría latinoamericana, según los tiempos, los enfoques pediátricos han variado. Pero el espíritu de la pediatría, esa constante de atender al niño y la familia en cualquier tiempo y lugar, con preocupación, responsabilidad y profundo cariño, hacen a su permanencia.

Addendum

No sería completa una reseña histórica de la pediatría latinoamericana, si no señaláramos la trascendencia que tuvieron en su desarrollo, las Instituciones de Salud que cobijaron a sus niños y los pediatras que

los asistieron desde la segunda mitad del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, con vocación, compromiso, inteligencia y respeto de los valores éticos. En el rescate de los nombres está el rescate de las ideas y del criterio con que se enfocó cada idiosincracia.

Aspiramos a que quienes necesiten profundizar en los caminos de la pediatría que cada país tomó en el cuidado de sus niños, puedan hacerlo desde la trayectoria de sus predecesores. Entre los nombres que destacamos en cada país los englobamos a todos, que silenciosamente “caminando con los pies de los niños”, siguen luchando “por un niño sano en un mundo mejor”. Porque “nada hay más importante que un niño”.

Argentina. Dres. M. Blancas, M. Herrera Vegas, A. Centeno, G. Araoz Alfaro, E. Coni, M. Acuña, P. y F. de Elizalde, F. Schweizer, J.C. Navarro, F. y A. Larguía, Florencio Escardó, J.P. Garrahan, José Rivarola, J. Maurin Navarro, C. Cometto, A. Ortiz, J. Orrico, J. M. Valdés, A. Chattás, A. Segura, C. Muniagurria, F. Menchaca, H. Notti, R. Kreutzer, N. Sbarra, L. Coriat, J.J. Murtagh, J. R. Vasquez, A. Minujin, J. Nocetti Fassolino y Carlos Gianantonio.

Bolivia. Dres. V. Abecia, J. Mendoza, M. Ascencio Villaroel, N. Morales Villazón, N. Salinas Aramayo, V. Samos, N. Medrano, J. Ramirez Achá, Villarreal, E. Hertzog, J. A. Osorio, R. Pacheco Iturralde, J. Pereira, F. Torres Bracamonte, E. Trigo Pizarro, C. Abela Deheza. C. Ferrufino, María J. Saavedra, L. Hurtado Gomez, L. Pereira y G. Moscoso.

Brasil. Dres. F. Franco de Mello, J. B. de Andrada e Silva, da Rocha Mozarém, F. J. Xavier, M.J.M. Durocher (1era partera diplomada), J. Pereira Rego (Barão do Livradio), C. Costa, C.A. Moncorvo de Figueiredo, Baptista, Carneiro, C. de Barata Riveiro, A. Fernades Figueira, L. Gonzaga, J. Martinho da Rocha, Gomes de Mattos, Pedro de Alcántara, L.P. Barbosa, A. Aguiar, M. Olinto, N. Albano, L. Torres Barbosa, C. Pernetta, R. Moreira, Olinto de Oliveira, F. Ygartúa, D. Martins Costa, C. Hofmeister, María C. Mariano da Rocha, Martagão Gesteira, Cintra, R. de Lamare, N. Barros, R. Menezes Martins, A. Magalhães, Eliezer Audiface y F. Figueiras.

Colombia. Dres. A. Vargas Reyes, G.J. Castañeda, J. C. Mutis, M. Plata Azuero, J. I. Barberi, C. To-

rres Umaña, Márquez, Iriarte, Montoya, J. Camacho Gamba, E. Plata Rueda, J. K. Bonilla, L. Callejas, L. Castillo, C. E. Castillo y A. Vargas Rubiano.

Costa Rica. Dres. C. Saenz Herrera, R. Loria Cortés, Peña Chavarría, Luján y R. Hernández.

Cuba. Dres. J. Guano, J.J. Hevia, J. Cristóbal Durán y Borrás, A. Jover, Angel Arturo Aballi (padre de la pediatría cubana), Mestre, J. Dueñas Prieto, G. Arostegui, D. Madan, Inclán, Vieta, F. Hurtado, Grupo Nacional de Pediatría: E. Dueñas Gómez, S. Valdés Martín, J. Jordan Rodríguez, Blanco Rabassa, Luis Cordova, M. Amador, R.L. Riveron y L. Borbollan Vacher.

Chile. Dres. F. J. Tocornal, Th. Amstrong, B. Saldes, Servoin, Roberto del Río, Luis Calvo Mackenna, A. Custodio Sanhueza, L. Fuenzalida Bravo, Arturo Scroggie, A. Commentz, E. Cienfuegos, J. Schwarzenberg, Cora Mayers (la 1era mujer pediatra), Anibal Ariztía, A. Baeza Goñi, A. Steeger, J. Meneghello y Heinrich Finkelstein.

República Dominicana. Dres. A. Peguero, R. Miranda, J. Jorge, M. Lebrón Saviñon, R. Santoni, A. Rodriguez, V. Febles, V. Chalas, P. Padovani, J. A. Raposo, R. Sarmiento, N. Calderón, H. Mendoza, E. Kasse Acta, N. de Soto, R. Acra, T. Gautier Abreu, O. Berges, J. Padilla, J. Rodriguez Rib, A. Kourie, R. Cruzado, L. Guerrero, A. Casanova, Haydée Rondon Sánchez (1era Mujer Presidenta Sociedad de Pediatría).

Ecuador. Dres. C. Andrade Marín, Fassio, Estrada Coello, Araujo, F. de Icaza Bustamante, Aldo Muggia, A. Ceballos Carrión, P. Naranjo, M. A. Bayas Valle, C.R. Sanchez, E. Prado P., N. Espinoza Román, L. F. Sanchez Astudillo, G. Arias, L. Estupiñan, F. Villamar, F. Vásconez Román, F. Bahamonde.

México. Dres. M. Torroella, M. Cárdenas de la Vega, M. Herrera, M. Dominguez, Mendizábal, Alarcon, Escontría, R. Aguilar Pico, J. Muñoz Turnbull, R. Soto Allande, F. López Clares, el Maestro Federico Gomez Santos, L. Garibay Gutierrez, S. Frenk Freud, Lázaro Benavides, R. Ramos Galván, J. Craviotto, E. Jurado García, J. Barón F., R. Valenzuela, J. Lozoya Solis, E. Díaz del Castillo C., G. Gordillo, A. Gardida Chavarría, L. Velasco Cándano, H. Fernández Varela.

Panamá. Dres. R Arce, E. Burgos, P. Nuñez, L. Benedetti, J.R. Esquivel, P. Vasco Nuñez, R. Crespo, C. Sousa Lennox, J. Vallarino, P. Moscoso, H. Cambrade Varela (1era pediatra panameña).

Paraguay. Dres. Ludgero de Oliveira Campos, B. Coronel, R. Odriosola, J. Roy, G. Valenzuela de Franco Torres, J.C. Chenú-Bordón, A. Gubetich, P. N. Ciancio Sarubi, M.A. Maffi odo, C. Santiviago, C.V. Ros, F. Vallejos, S. Baudo, M. Britez Caballero de Frutos, J. J. Bestard.

Perú. Dres. Valdés, Almenara Butler, Neuhaus, C. Krumdiek E., E. García Calderón, G. Llosa Rickets, M. Salcedo F., H. Cachay, J. Montenegro, A. Mispireta, G. Filomeno, M. Coppo, G. Morey, M. Pizarro, O. Botto, Huamán Noé, M. Salcedo, U. Lozano Segarra, M. Oliveros, A. Meza Cuadra, E. León García, Ego Aguirre, Suárez.

Uruguay. Dres. Luis Morquio, P.M. Castro, F. Soca, C. Pelfort, J. Bonaba, R. Berro, J.A. Bauzá, A. Carrau, W. Piaggio Garzón, J. Marcos, V. Escardó y Anaya, María Armand Ugón, P. Pena, V. Zerbino, V. Scolpini, H. C. Bazzano, E. Peluffo, María L. Saldún de Rodriguez, J.A. Soto, J. Obes Polleri, J. Lorenzo y Leal, R. Negro, A. Ramón Guerra, R. Caldeiro Barcia, M. Gajer.

Venezuela. Dres. J.M. de los Ríos, Cárdenas, Villegas Ruiz, G.H. Machado, R. Delgado Rovati, G. Barrera Moncada, F. Castellanos, G. Tobar, H. Mendez Castellanos, A. Mota Salazar, E. Figueroa Perdomo, Pérez Carreño, C. Ottolina, D. Lobo, Vizcarrondo, Pastor Oropeza, Lya Imber de Coronil, E.S. Mendoza, E. Urdaneta, C. Castillo.

Otros países de América Central. Dres. Llerena, Gonzalez, Ramos, Peralta; en **Belize:** Dr. H. Ahmadiyah; en **El Salvador:** Dres. Trigueros, M.A. Vilanoba, B. Montes; A.G. Funes, J. Calderón, N. Díaz Nuila, C. Lardé Althés, R. Cáceres Bustamante; en **Guatemala:** Dres. P. Molina Flores, C. Canosa, Moisés Behar, G. Arroyave, G. Castañeda, R. Montiel Hedges; en **Haití:** Dr. J. Jean Baptiste; en **Honduras:** Dres. R. Villeda Morales, G. Osorio, Contreras, J. Martínez Ordoñez, C.M. Gálvez; en **Nicaragua:** Dres. G. Castillo, A. Cuadra, J. Gómez, R. Bolaños y A. Nuñez; en **Puerto Rico:** Dres. R. Torres Pinedo, M. Álvarez Pagán.

Referencias

1. Aguiar A., Menezes Martins R. Historia da Pediatria Brasileira. Sociedad Brasileira de Pediatría, 1996.
2. Alonso D. Prof. Dr. Angel Arturo Aballi, Maestro de la Pediatría Cubana. La Habana, Cuba, 1977.
3. Cardo Martínez (Belize), Tellería Guzmán J. (Bolivia), Cabral Sergio A. (Brasil), Costa María T. (Brasil), Serrato Pinzón J. (Colombia), Hernandez R. (Costa Rica), Dueñas E. (Cuba), Vargas Nelson (Chile), Germán Argentina (Dominicana), Lenin W.L.C. (Ecuador), Moya M. (España), Madero L. (España), Arnaiz Toledo C.J. (México), Solís J.E. (Nicaragua), Bissot A. (Panamá), Jimenez Jimmy Hassel (Paraguay), Benitez Leite Stela (Paraguay), María J. Rojas Gabulli (Perú), Meza Benitez J. E. (Venezuela), García J.F. (Venezuela). Mimeo. 1996.
4. Chattás A.; Edo J.S.; Castaños J. A. Sociedad Argentina de Pediatría. Su historia. 1911-1991.
5. Chenú- Bordón J.C. Algunos perfiles de la pediatría en el Paraguay. Pediatría III, 2, 3-10, 1972.
6. Depalma D. La pediatría en las culturas aborígenes argentinas. SAP editora. 1982.
7. Garrison F.H. Historia de la Medicina. Ed. Interamericana, 4ta Ed, 1966.
8. Genta Mesa G. Historia de la Pediatría y la Puericultura. En: Fundamentos de Pediatría, Medellín, Colombia, CIB, Tomo I, Cap. 2, 22-28, 1993.
9. Hospital de Niños "Dr. Carlos Saenz Herrera". Reseña histórica. San José, Costa Rica, 6ta Ed. 1990.
10. Jaeger W. Paideia: los ideales de la cultura griega. Fondo de cultura económica. Argentina. Libro cuarto. 781-829; 1993.
11. J. Meneghello R.; J. Rosselot V.; F. Mardones R. El rol de la pediatría clínica y social en los avances de la salud del niño y de la familia: Chile 1990-1995. Pediatría al Día. 11: 4; 223-231, 1995.
12. Moll A. A. Aesculapius in Latin America. W. B. Saunders Company, USA, Cap. 53, 327-333, 1944.
13. Muñoz Labraña C., Arriagada Seguel P. 50 Años Sociedad de Pediatría de Concepción (Chile). 1994.
14. Puga T.F. A los setenta años de la fundación de la Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Arg Pediatr 1981; 79: 285.
15. Puga T.F. Child Health assistance in colonial Argentine. Book of abstracts. 35th. International Congress on the History of Medicine. Kos Islands, Greece, 2-8 September, 1996.
16. Riart G.A. Historia de la Pediatría en el Paraguay. Pediatría 1985; 13(1): 6-34.
17. Sanchez Villares E.; Granjel L. S. Antecedentes históricos y evolución de la especialidad. En: Pediatría y sus áreas específicas. Colegio Médico de España. Cap. I, 3-11, 1990.
18. Sociedad de Pediatría do Rio Grande do Sul. 60 años de historia. 1936-1996.
19. Sociedad Dominicana de Pediatría. Su historia. Notas biográficas de pasados presidentes 1947-1994.
20. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 50 Aniversario, Junta Directiva SVPP, 1987-1989.
21. Vargas Rubiano A. Universidad Nacional y Pediatría Colombiana. Apuntes históricos. 1994.

