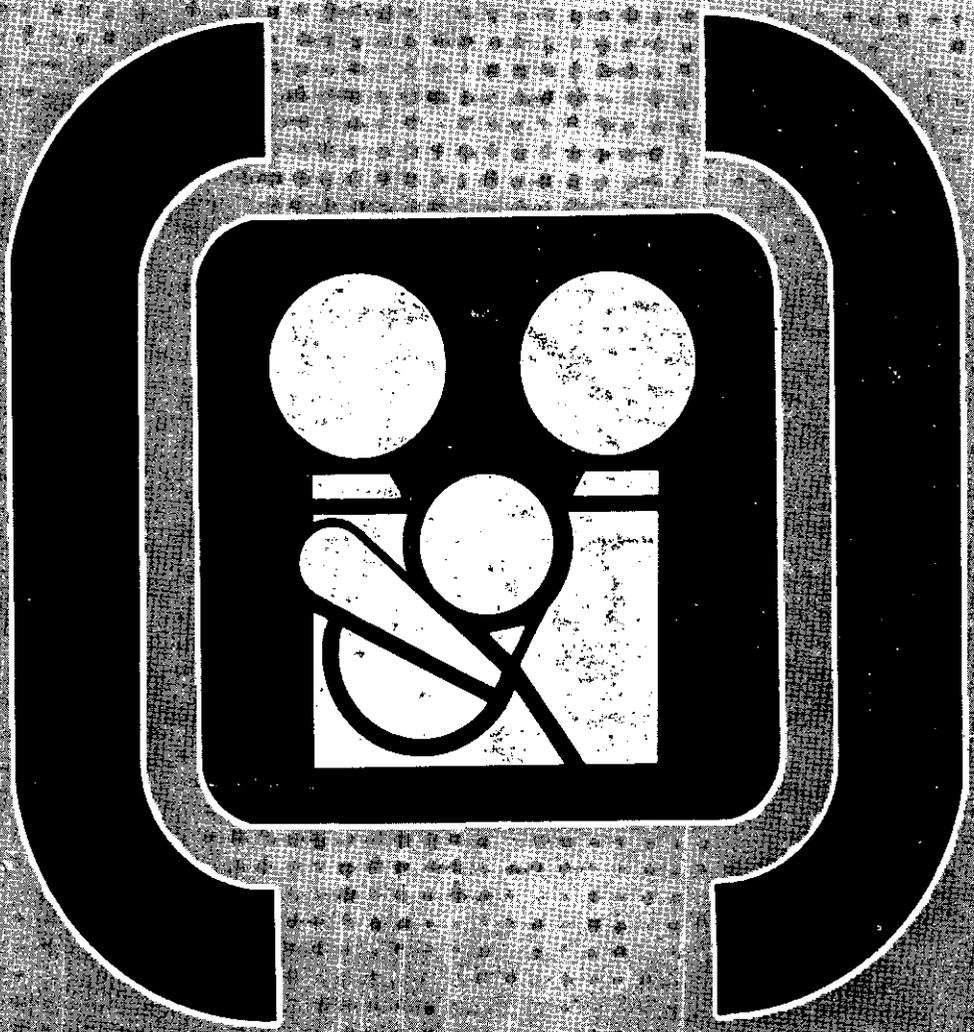


75° ANIVERSARIO

# SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Boletín Informativo



“POR UN NIÑO SANO EN UN MUNDO MEJOR”

Boletín S.A.P. Año 13 - Número Especial - 1986

# Motilium

## JANSSEN

### gotas

**Suprime  
las náuseas y vómitos**



**El más eficaz antiemético  
de uso clínico.**

**Posee el más amplio  
margen de seguridad.**

**Nueva forma  
farmacéutica:  
suspensión oral en gotas.**

**Adultos**  
60 gotas (1 cucharita de café),  
3 a 4 veces por día.

**Niños**  
2 gotas por kilo de peso, 3 a 4  
veces por día.



**JANSSEN**

FARMACEUTICA

*Investigación Creativa  
en Enfermedades Gastrointestinales*



**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA  
SECRETARIA DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA**

Secretario: Dr. José M. Ceriani Cernadas

**BOLETIN INFORMATIVO - NUMERO ESPECIAL - DICIEMBRE 1986  
20 DE OCTUBRE DIA DE LA PEDIATRIA  
75 ANIVERSARIO - 1911 - 1986**

SECRETARIO DE REDACCION:

Dr. Gustavo Descalzo Plá

Coronel Díaz 1971/75 - 1425 Buenos Aires - Argentina - Tel. 821-0612/824-2063

## Autoridades

### COMISION DIRECTIVA (1984 - 1987)

Presidente:	Dr. Carlos A. Gianantonio
Vicepresidente:	Dr. Jorge Nocetti Fasolino
Secretario General:	Dra. María Luisa Ageitos
Tesorero:	Dr. Raúl S. Merech
Secretario de Asuntos Científicos:	Dr. Raúl O. Ruvinsky
Secretario de Publicaciones y Biblioteca:	Dr. José M. Ceriani Cernadas
Secretario de Relaciones:	Dr. Ricardo S. Dalamón
Secretario de Actas y Reglamentos:	Dr. Osvaldo Blanco
Vocal 1º:	Dr. Héctor Mora
Vocal 2º:	Dr. Roberto Mateos
Suplentes:	Dr. Gustavo Descalzo Plá
	Dr. Gustavo Girard
	Dr. Ramón Exeni
	Dr. Julio Arce
	Dr. Fermín Prieto
Director Ejecutivo:	Dr. Oscar Anzorena

## Sumario

- EDITORIAL
- El Pasado de la Pediatría Argentina  
*Dr. Juan Jorge Murtagh*
- La Pediatría del Presente  
*Dr. Teodoro F. Puga*
- La Pediatría del Futuro  
*Dr. Carlos A. Gianantonio*
- Gobierno y Salud  
*Conferencia del Diputado Nacional  
Dr. Osvaldo Pellin*
- Palabras pronunciadas por el  
*Dr. Gustavo G. Berri* en la Academia  
Nacional de Medicina



# EDITORIAL

## SOLO 75...

En nuestro país, tan acostumbrado a ver quebrar instituciones, el que una entidad científica, de bien público logre alcanzar 75 años nos llena de orgullo y asombro. La edad de la Sociedad nos habla de su solidez que se fortaleció en diferentes etapas creciendo en Filiales, fuertes raíces, o dividiéndose en Regiones para integrarse mejor. Pero este ser "añosa" no le ha quitado flexibilidad y así se ha modernizado al compartir su lugar social con todos los profesionales del equipo de salud y al Incursionar profundamente en los temas sicosociales de la pediatría moderna al mismo tiempo que actualizar los conocimientos en otras áreas. La salida a la comunidad iniciada hace algunos años toma fuerza actualmente en que ya una filial sureña, la Filial Atlántica, como ejemplo, tiene su hora radial y la Saluteca en Entidad Matriz pone al alcance de escuelas o grupos comunitarios, además del equipo de salud propiamente dicho, materiales educativos de los que ya más de 400 circulan por distintos lugares del país, y esto es solo un comienzo. . .

En estos 75 años la Sociedad no sólo vio crecer el número de sus integrantes hasta casi 8000, el número y distribución de sus Filiales por todo el país, el respeto y consideración como organismo no gubernamental por parte de otras entidades científicas y de bien público, poderes de Estado, y a nivel internacional especialmente a partir de 1974, habiendo logrado no sólo "exportar" su primer logotipo que ha sido adoptado por la IPA (Asociación Internacional de Pediatría) sino contando tanto en ésta, como en ALAPE (Asociación Latino Americana de Pediatría) con distinguidos colegas argentinos entre sus integrantes. Y como de "crecimiento y desarrollo" se trata también las publicaciones, el entusiasmo y los proyectos crecen. . .

Es por eso: por todo lo que se ha hecho, lo que se hace y por todo lo que hay que hacer, que nos pareció de suma utilidad condensar en una sola publicación las conferencias que resumen el Pasado, el Presente y el Futuro de la S.A.P. y que fueron pronunciados en el marco de los festejos de la Semana de la Pediatría, en el tradicional marco de la Academia Nacional de Medicina de Bs. As. donde se realizaron, ante un auditorio formado no sólo por pediatras, sino por otros miembros de la comunidad que nos acompañaron y brillante y elegantemente matizados por coros de niños y de padres que de alguna manera estremecieron a los presentes mostrándonos una vez más por qué bregamos: "por un niño sano en un mundo mejor".

*Dra. María Luisa Ageitos*



## EL PASADO DE LA PEDIATRÍA ARGENTINA

*Dr. Juan José Murtagh*

Señores:

La historia de la pediatría argentina ha sido relatada por el Profesor Juan P. Garrahan en 1961, en su brillante conferencia con motivo del Cincuentenario de nuestra Sociedad (Arch. Arg. Ped.: 1962, pag. 89). Y la palabra galana del Profesor Raúl Cibils Aguirre, en la misma ocasión, evocó cálidamente algunas de las figuras señeras de sus fundadores en 1911; Araoz Alfaro, Centeno, Navarro, Schweizer, de Elizalde y otros (Arch. Arg. Ped.: 1962, pag. 77).

Es prácticamente imposible, dentro de los límites de esta conferencia —y además, inoficioso— repasar de nuevo las etapas del desarrollo de nuestra especialidad tan bien expuestas en los trabajos mencionados. Pero precisamente en ellos, por razones obvias, no se menciona el papel que ambos conferencistas han desempeñado en el desenvolvimiento de nuestra pediatría: los Profesores Raúl Cibils Aguirre y Juan P. Garrahan.

El Dr. Cibils Aguirre (1886-1967) fue fundador de la Sociedad Argentina de Pediatría, su Presidente en 1925 y Presidente Honorario en 1961. Fue nombrado Profesor Suplente de la Cátedra de Clínica Pediátrica de la Universidad de Buenos Aires en 1920, Profesor Extraordinario en 1939 y Profesor Honorario en 1960. Dejó el Hospital de Clínicas, donde fue discípulo de Centeno, para ejercer la Jefatura del Servicio de Niños del Hospital Fernández y luego del Ramos Mejía. Era un jefe capaz y justo, amable y cordial, amigo sencillo y sincero de sus colaboradores y discípulos; preciso en sus diagnósticos, pero al mismo tiempo prudente y equilibrado; destacadamente eficaz en el ejercicio profesional. Como Director de la Asistencia Pública de Buenos Aires (1940-1943), fue el iniciador y propulsor entusiasta de la vacunación antídiftérica en nuestro país.

El Profesor Juan P. Garrahan, desde 1942 titular de la Cátedra de Clínica Pediátrica de la Universidad de Buenos Aires, se retiró en 1962. Su indiscutible prestigio personal, su brillante actividad docente, la claridad de sus exposiciones, la seriedad de sus investigaciones, hicieron de él el "Maestro" de varias generaciones de estudiantes y el jefe de una escuela de destacados colaboradores y discípulos. Sus excepcionales condiciones didácticas se reflejan en su libro "Medicina Infantil", sobresaliente exponente de nuestra literatura pediátrica y texto de información y de consulta du-

rante varias décadas. Este libro apareció en 1921. Se titulaba modestamente "Para estudiantes y médicos prácticos". Surgió de los apuntes de una clase que dictó el autor el año anterior en el Centro de Estudiantes de Medicina. A partir de entonces fueron apareciendo en el curso de 40 años, 8 ediciones, con más de 80.000 ejemplares. Tuvo el mérito extraordinario de ser escrito totalmente por su autor. Ante cada edición, actualizaba los conocimientos de pediatría en una época de profundas y continuas transformaciones conceptuales y técnicas, ante los avances de una ciencia en constante renovación. De manera que los primitivos "apuntes" de 200 páginas, se transformaron en un tratado de más de 1.000 páginas. Escrito con claridad de concepto y de exposición, su lectura era fácil y agradable. Por supuesto, desplazó en general a los tratados clásicos. Y como se dijo una vez, en el último rincón de la república, en muchas ocasiones, un médico rural, lejos de los centros de cultura, ha debido agradecer a Garrahan una guía segura para su sacrificada labor. Dejó de ser sólo "para estudiantes y médicos prácticos" si no también para pediatras de experiencia. El mismo Garrahan advirtió esta transformación; y consecuente con su espíritu didáctico, en 1964, en lugar de una nueva edición. "como no era posible ofrecer otra vez una edición corregida y aumentada, que reflejara el estado de la pediatría en esa época", decidió escribirlo totalmente de nuevo, más breve y sintético, más completa y puesto al día, y con distinta estructura. Y apareció su grata "Pediatría y Puericultura", con la frescura de las primeras ediciones de "Medicina Infantil". Garrahan tenía entonces 71 años. Falleció un año después. Creo que este libro, publicado hace más de 20 años, puede todavía ser consultado con utilidad por los pediatras de hoy, habida cuenta, por supuesto, de los fabulosos progresos de la medicina actual. Y su capítulo final, "Asistencia pediátrica en la práctica profesional", jugoso y meditado exponente de una sólida experiencia, con consejos de permanente actualidad, debe ser leído y meditado por todos los pediatras, especialmente por los que se inician en el ejercicio médico.

La obra más trascendente en la pediatría nacional del pasado se ha cumplido sobre todo a través de los focos universitarios de enseñanza y de la fecunda acción de la Sociedad Argentina de Pediatría, y dentro de la trayectoria de ésta no puedo dejar de mencionar dos nombres que significan mucho en su desenvolvimiento: Rodolfo Kreutzer y Caupolicán Castilla.

Rodolfo Kreutzer representó una etapa nueva en el desarrollo de la institución: el beneficio en favor de la pediatría argentina de los progresos de la pujante pediatría del interior. Precipitó un movimiento que se venía gestando lentamente. Su presencia (1939-1943) se destaca por dos hechos importantes. El primero, la creación de 6 nuevas filiales: Tucumán, Santa Fé, Salta-Jujuy, Mar del Plata, Río IV y Entre Ríos; y la incorporación como Secciones de las Del Litoral y La Plata. El segundo, la iniciación de las Jornadas Argentinas de Pediatría.

Otra figura que debo recordar es la del médico del Hospital de Niños de Buenos Aires, el Dr. Caupolicán Castilla. Sin su colaboración no habríamos logrado adquirir nuestra sede, anhelada durante años y factor decisivo para el notable impulso de la moderna Sociedad. El Dr. Castilla, que tenía su domicilio y consultorio en Coronel Díaz 1971, contribuyó en forma decidida a nuestra adquisición de esa propiedad, esperando varios meses hasta que se pudieran reunir los fondos necesarios, descartando compradores más convenientes y facilitando en toda forma la operación. Que los médicos jóvenes, al contemplar la placa que recuerda en la sede su nombre y su generosidad, sepan lo que nuestra institución le debe.

Los médicos de niños del interior del país han cumplido siempre una labor esforzada, a menudo heroica, debiendo luchar más que en Buenos Aires contra la frecuente incompreensión del medio para lograr imponer el criterio de la asistencia específica del niño, tanto en los hospitales, donde habitualmente eran asistidos en las salas de los aduitos, como en el medio privado. Sin embargo muchos de ellos lograron desde principio de siglo, sobre todo en las ciudades importantes, actuar como pediatras exclusivos.

En La Plata, el Dr. Angel Arce Peñalba fue el primer pediatra, director del Hospital de Niños desde 1889. Junto a él se destacaron Silvestre Oliva y Carlos Cometto.

En Córdoba, en 1884 se establece la primera sala del futuro Hospital de Niños. El Dr. Alejandro D. Ortiz fue el primer catedrático de la especialidad, desde 1885 a 1889. Lo reemplaza el Dr. Jerónimo del Barco (1890-1902). Después de los Dres. Ernesto del Campillo (1902-1910) y Ricardo Pedernera (1910/1921), el Dr. Juan Orrico, que actuaba en la docencia y en el Hospital de Niños desde 1910, ocupa la Cátedra desde 1923 hasta su fallecimiento en 1930. Trabajador incansable,

profundo conocedor de Clínica Pediátrica y docente también en Anatomía Patológica, Neurología y Hematología, expositor elocuente, buen organizador y serio investigador, se puede afirmar que con Orrico se inicia la Pediatría Científica en Córdoba. En 1930 se encarga de la Cátedra el Profesor José María Valdés. Clínico sagaz con sólida preparación, expositor ameno, organizador progresista e investigador original. Después de su renuncia en 1952, se reincorpora en noviembre de 1955 pero renuncia definitivamente 8 días después. Fallece en 1980. Lo reemplaza el Dr. Alberto Chattas en 1955, quien se jubila en 1968.

En Rosario, Camilo Munlagurria fue el primer pediatría, instalado en 1901, adquiriendo rápido prestigio y relevancia en la población y entre sus colegas por su preparación y capacidad. Fue profesor titular desde 1921. La muerte lo sorprende en 1937, a los 61 años. El Dr. José Enrique Celoria le sucedió en la cátedra. Los Dres. Alejandro Roniolo y Juan C. Recalde Cuestas fueron también figuras destacadas de la pediatría rosarina.

En la ciudad de Santa Fé, el primer médico que atendió exclusivamente niños fue el Dr. Efraim Martínez Zuviría. El Dr. Francisco Menchaca ocupa desde 1946 la Cátedra de Higiene Materno-Infantil de la Universidad del Litoral; y desde 1948, en que se funda el Hospital de Niños ejerce su dirección. El Prof. Menchaca se ha distinguido por sus continuados y profundos estudios de Medicina Social.

En Corrientes, la pediatría asistencial comienza en 1940 con la erección de un pequeño Hospital de Niños. En el mismo solar se levanta hoy el nuevo hospital, inaugurado en 1972, con una capacidad de 60 camas, Centro de Rehabilitación y Consultorios de distintas especialidades. Desde 1964 funcionan en la provincia, 30 Centros Materno-infantiles, en la capital e interior.

En Tucumán, en 1959, pasa el viejo Hospital de Niños a su moderno y cómodo edificio actual con 400 camas; y se funda una moderna Maternidad con 230 camas, con una adecuada y moderna atención de los recién nacidos. El Profesor López Pondal ejerce la cátedra de Pediatría.

En Salta, Don Francisco Uriburu Patrón funda en 1890 el patronato de la Infancia; y a principio de siglo dona fondos para la construcción del Hospital de Niños que lleva su nombre. En 1928, el Dr. Ricardo Araoz dirige el primer servicio de niños con organización moderna. En 1936, el Dr. Ernesto V. Andrada, distinguido pediatra llegado a Salta con 20 años de actuación en la especialidad, fue quien despertó en la capital de la provincia el entusiasmo por la pediatría. Cabe señalar, que aunque la actividad exclusivamente pediátrica no habrá alcanzado en Salta a principios de este siglo la suficiente importancia, dos médicos salteños descollaban como médicos de niños, desde 1890, en otros puntos del país. El Dr. Angel Arce Peñalba fue director del Hospital de Niños de La Plata. El Dr. Patricio Fleming actuó durante 35 años en el Hospital de Niños de Buenos Aires, llegando a ser Jefe de Sala y Profesor Extraordinario de Clínica Médica.

En Mendoza, el Dr. Julio Lemos funda en 1885 el Consultorio Externo Municipal de Niños y una sala para ellos que dirige en el Hospital San Antonio. En 1956 se inician las actividades de la Cátedra de Pediatría con Humberto Notti.

Sería interminable la enumeración de todas las actividades iniciales, privadas e institucionales en las distintas provincias. Esta breve e incompleta enumeración nos demuestra el fecundo dinamismo de los pediatras del Interior y su indiscutible contribución destacada al progreso de la especialidad en la Argentina. Sus cátedras, sus Filiales y sus revistas (las de Rosario, La Plata y Córdoba) y las distintas Jornadas desarrolladas a partir de 1950, son paradigmas de inquietudes comunes y de similares afanes de superación.

En la historia de los pueblos hay instituciones beneméritas que desaparecen, por odio sectario, o por problemas económicos. Tales, entre nosotros, la Sociedad de Beneficencia, las Cantinas Maternales, el Patronato de la Infancia, etc. . . . Pero hay otras que también desaparecen, por razones inexplicables, sin ser reemplazadas. Tal fue la Protección a la Infancia de la Municipalidad de Buenos Aires, que agrupaba a los Dispensarios de Lactantes. Estos fueron creados en 1907 por iniciativa del Dr. Enrique Foster. Eran reproducción de las "Gotas de Leche", organizadas poco antes en París, por Budín. En 1909, funcionaban 6 Dispensarios. En 1913 se creó el Instituto de Puericultura N° 1 bajo la dirección de mi recordado maestro, el Dr. Ernesto Gaing, Secretario fundador de la novel Sociedad Argentina de Pediatría, con un internado para madres abandonadas que amantaban a sus hijos. La Protección a la Infancia llegó a tener bajo su control, a partir de 1918, 20 Dispensarios, 5 Institutos de Puericultura y la Inspección de Nodrizas. Como pocos pediatras los recuerdan en la actualidad, vamos a describirlos someramente.

El Dispensario era una casa vieja, generalmente alquilada. Aquellas casas antiguas, con saguán y patio interior, en cuya sala a la calle funcionaba el consultorio. Las piezas interiores servían de salas de espera. Estaban distribuidos en todas las zonas de la capital, generalmente distantes de los hospitales. El personal lo constituían el Jefe, una enfermera y una Secretaria que con el tiempo se exigió que fuera Visitadora de Higiene diplomada. Del matrimonio de caseros, ella preparaba los biberones indicados que se repartían diariamente en forma gratuita; él realizaba las tareas de limpieza. Como se ve, su instalación no podría ser más sencilla y económica. En general funcionaban de mañana. Se atendían lactantes y niños hasta los 2 años. Los sanos, que eran la gran mayoría, para control de desarrollo e indicaciones dietéticas; los menos, pacientes ambulatorios de enfermedades leves o que eran derivados al hospital de la zona, ya con las prescripciones de emergencia.

En 1920, de los 40.000 niños de menos de 2 años en que se calculaba en la Capital Federal la población de recursos limitados, el 67.5% se atendía en los Dispensarios.

Es evidente que esta acción profiláctica de vigilancia de los infantes sanos y del estímulo de la lactancia natural —principal preocupación de sus médicos—, fue el mayor factor para la disminución de la mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, que bajó del 7 por mil a fines del siglo pasado al 2 por mil en 1924.

La falta de valoración de la acción de los Dispensarios y/o un equivocado criterio de economía, determinó su gradual desaparición a partir de 1945; y en 1971 se cerraron los dos últimos. Los Dispensarios representaron durante su existencia Consultorios de Primera Línea, que al solucionar rápida y sencillamente los casos leves o de mediana gravedad, evitaban el abarrotamiento de los Consultorios Externos Hospitalarios; y el impresionante espectáculo actual de los mismos, donde a menudo las madres tienen que concurrir muy temprano para conseguir turno y esperar en filas numerosas. Los actuales 8 Centros Materno-Infantiles, si bien proporcionan una asistencia más completa y continua, no alcanzan a cubrir las necesidades de amplias zonas del municipio.

Por otra parte, al poder atender en forma más esmerada al lactante normal, se lograba una relación más efectiva entre el puericultor y la madre, porque había tiempo para pesar las lactadas y convencerla de su capacidad de lactancia, consiguiendo recuperar su confianza en ella, factor de capital importancia en el tratamiento de lo que llamaba Gaing la "Reconstrucción del Pecho".

Otra institución perteneciente al pasado fue el Instituto de Maternidad, tal como lo concibió y condujo durante su dirección el Profesor Alberto Peralta Ramos. En 1919 —anótese la fecha— este novel profesor de Obstetricia de la Maternidad del Hospital Rivadavia presentó a la benemérita Sociedad de Beneficencia de la Capital el proyecto de la creación del Instituto de Maternidad, cuya construcción se inició en 1924 y fue inaugurado el 16 de junio de 1928. En su concepción Peralta Ramos tuvo la intuición genial de realizar una obra de un mérito extraordinario en favor de la gestante, de la parturienta y del recién nacido. Por primera vez en nuestro país (y raramente en el extranjero) se crea un establecimiento modelo y completo en el que las tres especialidades vinculadas al parto —la Obstetricia, la Ginecología y la Neonatología— formaban parte de un establecimiento asistencial, en el mismo pie de importancia, en sendos departamentos, cada uno con su individualidad y su jefe, unidos por la acción coordinadora de una dirección única. Peralta Ramos encontró en Juan P. Garrahan, como Jefe del Departamento de Puericultura, la inteligente colaboración y el decidido apoyo para cumplir su programa. Por eso siempre he dicho que Peralta Ramos y Garrahan fueron los creadores de la Neonatología en nuestro país, ese capítulo de la Pediatría antes tan descuidado y que ha adquirido la enorme importancia que registra en los últimos tiempos. Y también los precursores de la hospitalización ideal moderna del niño pequeño, porque había 8 boxes individuales para internar lactantes solos y 8 boxes para lactantes internados con sus madres, las que tenían sus lechos confortables y comían en el Instituto.

Bajo la inspiración de Peralta Ramos se crearon la Maternidad Sardá en Capital Federal y la Maternidad Santa Rosa, en Vicente López, ambas con una estructura similar a la del Instituto de Maternidad.

A la inicua destrucción de la Sociedad de Beneficencia y al fallecimiento de su creador, la estructura del Instituto de Maternidad ha sido lamentablemente desvirtuada por sucesivos gobiernos.

Me parece de interés recordar las limitaciones de los recursos de la clínica y de la terapéutica en las primeras décadas del siglo, para valorar mejor los fabulosos progresos de la medicina actual.

Los médicos de hoy no pueden imaginar la escasez de recursos contra las infecciones, antes de 1940, es decir, antes del advenimiento de las sulfamidas (1935) y de los antibióticos (1942). En las neumopatías, por ejemplo, el tratamiento era puramente sintomático. Empleábamos en los

lactantes el jarabe de ipeca para provocar el vómito y facilitar así la expulsión de las secreciones. Indicábamos los clásicos expectorantes de benzoato de sodio o cloruro de amonio al 2%. En los casos serios se empleaba la vacuna Weill-Doufour. Nuestro primer caso tratado con penicilina fue en 1943, en un niño de año y medio con una neumopatía, internado en el Instituto de Maternidad. Estábamos en plena guerra mundial. La droga la conseguimos por vinculaciones personales, por intermedio de la embajada de los Estados Unidos. Sólo pudimos obtener 100.000 unidades que bastaron para la curación, para nosotros espectacular en esa época.

Respecto a las diarreas infantiles, por el año 1920, las dos escuelas, alemana y francesa estaban divididas en cuanto a su etiopatogenia. De las tres grandes causas invocadas, el alimento, la infección y la constitución, los alemanes asignaban mayor importancia al daño por la leche de vaca; los franceses a la infección. Nosotros, influenciados por los autores germanos —Pfundler-Schlossman era el texto clásico— y, especialmente por el librito que publicó Fernando Schweizer en esa época, nos adheríamos al criterio alemán. Recuerdo perfectamente el revuelo que produjo en una reunión de las Jornadas Rioplatenses de Pediatría, en 1940, el documentado trabajo de los uruguayos Hormaeche, Zerbino y colaboradores, sobre la presencia preponderante de salmonelas y shigelas en las deposiciones diarreicas, transmitidas por las deyecciones de las ratas en las bolsas de azúcar de los depósitos de los almacenes; lo que justificó la indicación de las sulfamidas en estos cuadros. No se modificó, sin embargo, su tratamiento dietético. Seguimos empleando exclusivamente el famoso y noble *babber*. Y desde 1920, su derivado, la leche albuminosa de Finkelstein. En 1930 aparece el *babber* en polvo —el *Eledon*— y más adelante, la leche albuminosa en polvo. Ambos productos pertenecen desde hace pocos años al pasado de la pediatría, a nuestro juicio injustificadamente desplazados por las leches humanoides en el tratamiento de las diarreas.

El tratamiento de la sífilis connatal fue antes de 1943 un problema angustioso. Garrahan había creado en 1927, en la Maternidad de Peralta Ramos en el Hospital Rivadavia, un llamado "Consultorio Profiláctico" para el tratamiento exclusivo de esta enfermedad. Con los fármacos indicados curábamos, en general, las manifestaciones agudas llamativas, tales como la triada de Parrot, que veíamos con frecuencia; pero persistía la infección en forma latente, lo que obligaba a tratamientos prolongados, incómodos, dolorosos y aleatorios. Había que prolongarlos cuatro años (!), aunque las reacciones serológicas se negativizaran, por temor a las eventuales y frecuentes recidivas y a la sintomatología tardía. Se empleaban el mercurio, el arsénico y el bismuto. Fricciones mercuriales: curas de 20 fricciones diarias, en lugares distintos del cuerpo. Después de un descanso de 10 días, había que repetir las. También se empleaba el mercurio por boca o inyectable. Como arsénico, el sulfarsenol, intramuscular, dos veces por semana. El primer año, dos meses de tratamiento y un mes de descanso: cuatro series al año. El segundo año, tres series; el tercer año, dos series; y el cuarto año, una serie. Algunos empleaban un tratamiento mixto de fricciones mercuriales e inyecciones de sulfarsenol. En 1932 aparecieron los arsenicales pentavalentes, por boca (Paroxil). En tercer término, después de 1925, aparece el bismuto, el Neocardyl, que se administraba por vía intramuscular combinado con el arsénico. Con la penicilina, todavía en 1946, no teníamos suficiente experiencia. En la edición de la fecha del libro de Garrahan, después de dedicar unas 20 páginas al tratamiento de la sífilis, se dice: "La penicilina se ha mostrado eficaz contra la espiroqueta; pero aun no es posible dar una opinión fundada sobre su valor como recurso decisivo contra la sífilis". . . Huelga el comentario. . .

Un progreso positivo para el diagnóstico y el tratamiento fue sin duda alguna la modificación de las técnicas de extracción de sangre y de la terapéutica endovenosa en el recién nacido y en el lactante. Aunque cueste creerlo en la actualidad, hasta 1940 ellas se realizaban por punción del seno venoso longitudinal a través de la fontanela anterior, con el frecuente riesgo de las hemorragias intracraneanas, de las que lamentablemente pudimos observar algunos casos, a pesar de la imprescindible habilidad técnica. En esa fecha (1940), el Dr. Gualterio Thomas trajo al servicio del Prof. Garrahan la experiencia adquirida con el Dr. Eberhard en el servicio del Prof. Cienfuegos, en Santiago de Chile, del empleo de las venas periféricas para la extracción e inyección de sangre en el recién nacido y en el lactante. Ello permitió encarar las primeras técnicas en el tratamiento de la eritroblastosis fetal, cuya patogenia y terapéutica se reconocieron por esa misma época. En efecto: aunque Landsteiner y Wiener descubrieron el factor Rh en el macaco, en 1937, recién después de cuatro años, en 1941, Livene, Katzin y Burnham publicaron las primeras observaciones demostrativas de la isoimmunización por Rh en el embarazo. Y entre paréntesis, es interesante recordar

que todavía en 1936, Garrahan afirmaba en su libro que las ictericias del recién nacido eran de dos clases: las benignas, que curan solas y no necesitan tratamiento; y la graves, siempre mortales, en las cuales todo tratamiento es inútil... (!).

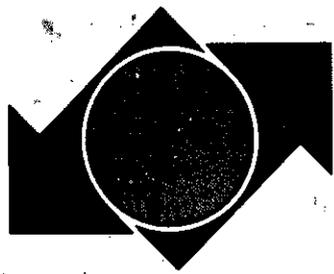
En 1946, Wallerstein realiza la primera exanguinotransfusión, con la extracción por el seno longitudinal (!) y la inyección por safena. Wexler el mismo año, extrae la sangre de la arteria radial desnuda quirúrgicamente. Recién en 1948, Pinkus, utilizando el cateter de Diamond, efectuó la primera exanguinotransfusión por vía umbilical, con la técnica que se sigue usando actualmente. Pasaron 13 años hasta que Liley realizó en 1961 la transfusión fetal intraútero; y Freda y Adamson en 1963 la exanguinotransfusión fetal intraútero. De 1963 data la profilaxis por el suero anti-Rh, de Clarke y colaboradores.

Para la atención de los recién nacidos de bajo peso, disponíamos en el Instituto de Maternidad A. Peralta Ramos, hasta 1960, de 20 boxes individuales con incubadoras semiabiertas tipo Armstrong o Nobel. Las incubadoras cerradas tipo Isolette no se habían difundido todavía y su precio la hacía en cierto modo prohibitivas. Los buenos resultados obtenidos con nuestros precarios medios de asistencia dependían del riguroso aislamiento —tipo quirúrgico— con estricta higiene ambiental, personal e instrumental; y de la esforzada actividad de nuestras excelentes enfermeras especializadas. Es a partir de esa fecha que se instalan en el país las incubadoras Isolette, en número cada vez más creciente; a tal punto que en la actualidad no se concibe la instalación de un servicio de recién nacidos de bajo peso, sin la presencia de tales elementos, que han llegado a un grado extraordinario de perfección. La célebre frase de Tow, de que una buena enfermera equivalía a una docena de incubadoras, tal vez no sea rigurosamente exacta con los elementos modernos; pero admitiendo una marcada disminución en esta proporción matemática, puede ser todavía en cierto modo valedera. Y sobre todo puede contribuir a la tranquilidad de conciencia del neonatólogo que no disponga en número suficiente de incubadoras modernas. . . Y especialmente en las zonas lejanas del país, donde no hay electricidad, no posibilidad de mantenimiento, ni recursos económicos. Con una incubadora Nobel y una buena enfermera se pueden todavía salvar muchos recién nacidos de menos de 1.500 g., como se han salvado en épocas anteriores cuando no disponíamos del maravilloso instrumental actual. Estas incubadoras Nobel, que seguramente muchos médicos de hoy nunca han visto, fueron difundidas y empleadas por Obes Polleri en Montevideo y entre nosotros por Minujín. Eran prácticas, sencillas, de fabricación casera, durables, no exigían reparación alguna, económicas. Consistían (para los que no las conocieron) en una caja de madera o plástico de base más amplia que el fondo, de paredes trapeziales, transparentes, que colocadas sobre la cuna del niño, cubriéndola totalmente, mantenían su temperatura con bolsas de agua caliente; y su oxigenación por una corriente de oxígeno.

Pero indiscutiblemente el mayor adelanto de la neonatología ha sido la presencia del pediatra en la sala de partos, asistiendo a la recepción de la criatura. Los médicos de niños que actúan en un servicio de recién nacidos, no pueden imaginarse la realidad en la primera mitad del siglo. Hasta 1940, los pediatras de las maternidades raramente entrábamos a la sala de partos, santuario de los obstetras. Por aquella época, éstos comenzaron a acostumbrarse a nuestras visitas habituales. A ello siguió el comentario de los casos en trámite de parto; y luego la colaboración en la reanimación —que hasta entonces realizaba la partera— especialmente en los casos de sufrimiento fetal y en los de bajo peso. El "ganar" la sala de partos, colaboración imprescindible y durante largo tiempo retardada, incrementó sin duda alguna la neonatología en nuestro país, coincidente con sus progresos en el extranjero.

Señores:

Frente al maravilloso y rápido progreso de la pediatría de hoy en todos sus aspectos, que serán analizados por los colegas que continuarán esta disertación, esta visión rápida y naturalmente incompleta de la pediatría que hemos vivido en el pasado, con sus limitaciones, sus problemas, sus lentos avances, sus ignorancias, sus dificultades, nos permite aquilatar la extraordinaria labor de nuestros maestros que con sólida capacidad, agudo sentido clínico y generosa entrega, lograron cumplir una labor docente y asistencial en forma destacada y eficaz. A ellos debemos rendirles el homenaje de admiración y respeto que merecen.



MARCA DE FABRICA

# Tinset

JANSSEN

## Suprime el prurito

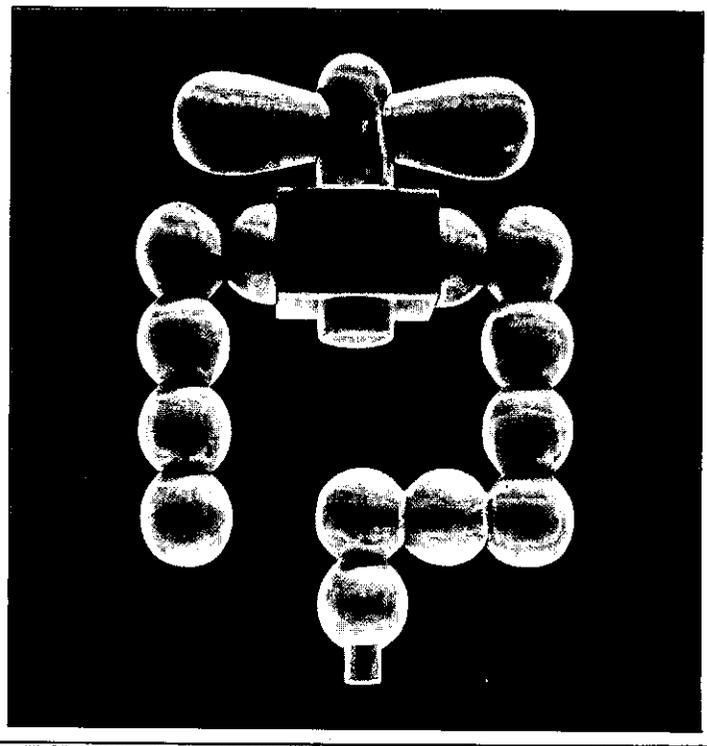
1 gota cada 2 kg de peso 2 veces por día  
Suspensión oral en envases de 20 ml  
en una concentración de 25 mg/ml de Oxatomida.



**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

SA

Julián Alvarez 148  
(1414) Buenos Aires  
Tel.: 854-4600



# Suprasec®

Antidiarreico de acción  
rápida y segura



**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

S.A.



## LA PEDIATRÍA DEL PRESENTE

Dr. Teodoro F. Puga

La pediatría del presente es el resultado del quehacer pediátrico de los últimos 25 años. La década del 60 fue muy importante para la Sociedad Argentina de Pediatría. Uds. han escuchado al Dr. Murtagh. A 40 años de su fundación, después de una adolescencia prolongada, la Sociedad dejaba la Asociación Médica argentina y adquiría su propia casa en la calle Coronel Díaz. Mérito grande del presidente de ese período: el Dr. JUAN J. MURTAGH maestro de neonatólogos, con su visión y firmeza de carácter dio un gran salto hacia una nueva Sociedad.

En esta breve semblanza de la Pediatría del presente me gustaría reflexionar ante ustedes sobre el acontecer pediátrico en este último cuarto de siglo.

Entre mis recuerdos asoma nítidamente una de mis primeras clases dictada, apenas graduado, a médicos y alumnos del Hospital Elizalde. Les hablaba de puericultura, etimológicamente el cultivo del niño en salud y enfermedad, tanto en lo físico como en lo psíquico y lo espiritual.

Hace más de un siglo, los objetivos fundamentales de Caron y Pinard, los padres de la puericultura natal y postnatal, estaban dirigidos a evitar la morbimortalidad del Recién Nacido durante y después del parto y del lactante durante el 1er. año de vida.

Así las cosas, hace 30 años las Instituciones de Salud fueron un reflejo de esa concepción: 20 Dispensarios de lactantes en toda la Capital Federal, lactarios para extracción de leche materna, consultorios de puericultura, hospitales. Diría un equilibrio entre control de la Salud y tratamiento de la enfermedad.

Pero, paralelamente, una Facultad de Medicina con contenidos educativos atiborrados de enciclopedismo, metodologías educativas superadas y evaluaciones donde el conocimiento de la excepción y la rareza era sinónimo de brillan-

tez y capacidad, daba a luz profesionales formados en la lucha contra la enfermedad.

Es bueno que meditemos en una expresión corriente en estos últimos 20 años, entre alumnos, médicos y hasta docentes, en relación a dos materias fundamentales del curriculum de medicina: "HIGIENE Y LEGAL LAS ESTUDIO EN UN DIA". . . Ustedes saquen las conclusiones.

Pienso sinceramente, creo que ustedes también lo estarán pensando, que revertir esta orientación es una tarea difícil; se trata nada más ni nada menos que volver al equilibrio, de reflexionar y revalorizar lo que hemos ganado y lo que hemos perdido y enfocar nuestro accionar partiendo de las necesidades de las familias y de la comunidad. Los pediatras y la Pediatría del presente están en eso y ya se observan resultados positivos en estos últimos años.

Tanto la *Enseñanza de la Pediatría* en el pregrado universitario, a través de siete Seminarios realizados por el COEME, donde se analizaron objetivos, modernas metodologías y contenidos educacionales en que la prevención y la promoción de la salud han vuelto a ocupar un lugar de privilegio, como la *Educación continua*, en Cátedras, Hospitales, en los 24 Comités Nacionales de la SAP y en las 35 Filiales de la República, como el sistema de Residencias en Pediatría en constante revisión, son ejemplos de esos cambios.

Incorporando la concepción del *Equipo de Salud*, hoy son frecuentes cursos de *Educación paramédica* con participación grupal activa de sus integrantes.

*La Investigación* en estos últimos años amplió su campo de lo biológico, físico y químico a lo psicosocial, sanitario y comunitario, sumándose al Hospital público, sectores privados, hospitales de colectividades y la seguridad social.

Hace 20 años la SAP creó el *Tribunal de*

*Evaluación pediátrica* y el *Título de Médico Pediatra* a los que se agregaron los de Neonatólogo, Cirujano, Neurólogo y Cardiólogo pediatra.

Valorando la seriedad y la exigencia para otorgarlos, el Superior Gobierno de la Nación los jerarquiza y reconoce oficialmente. Es una muestra de cómo una Sociedad Científica puede colaborar eficazmente con el Estado.

La *producción científica* se presenta en reuniones de distinto tipo. Las tradicionales Jornadas Argentinas y Rioplatenses, hoy Congresos, así como las Jornadas Regionales siguen siendo un marco propicio y relevante para el intercambio científico y humano entre todos los pediatras de la República y de ambas márgenes del Plata.

Archivos Argentinos de Pediatría y la Revista del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", recogen la mejor producción, ocupando un lugar de privilegio en la Bibliografía Nacional y Latinoamericana.

La SAP publica Folletos con actualización de Temas, Libros, Normas de diagnóstico y tratamiento, el Boletín informativo y últimamente el Correo de la SAP, la fonoteca, la Saluteca y la Videoteca.

Todo este material se atesora en *diversas bibliotecas pediátricas* y en la propia de la Sociedad.

La *valoración internacional de la Pediatría Argentina actual* viene de lejos y a partir de su reconocimiento institucional en el brillante XIX Congreso Internacional de Pediatría de 1974, somos participantes permanentes de la ALAPE y de la IPA.

La *evaluación de servicios* y su mejoramiento, en base a condiciones de eficiencia, es una preocupación constante de la Pediatría del presente.

Un capítulo especial para la alta complejidad y su estado actual.

En los grandes centros urbanos el desarrollo ha sido espectacular aunque no uniforme.

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

Han sido tan espectaculares que hoy se ve con más claridad el desequilibrio del que nos ocupamos al comienzo. El niño enfermo y su tratamiento de alta tecnología, a veces usada sin la idoneidad debida, con la consiguiente iatrogenia por un lado, y por otro, el niño sano, la familia y su dinámica, la prevención y promoción de la salud, los aspectos psicosociales y legales, es decir la vieja puericultura, un tanto subestimada, que la reunión de ALMA-ATA, con la participación de todos los países del mundo, revalorizó a través del lema "Salud para todos en el

año 2000" y la estrategia para concretarla: "atención Primaria de la Salud".

Volvemos así a la famosa pirámide que siempre debemos tener presente. En la gran base se ubica la Atención primaria y a medida que aumentan los niveles de complejidad su proyección hacia arriba hasta llegar al vértice de complejidad máxima. Pero la mayor cobertura sigue brindándose en la base.

Los resultados de la atención pediátrica, sobre todo en el interior del país, Neuquén como modelo, Jujuy donde tanto trabajó el Dr. Vázquez y su grupo, Salta, Chaco, son consecuencia de la aplicación de esta nueva estrategia que, honor al mérito, fue aplicada por pediatras en muchas de esas provincias, varios años antes de la reunión de Alma-Ata.

La Facultad de Medicina lo comprendió y ya se están implementando los Módulos de Atención Primaria de la Salud para los estudiantes de 2º y 3er. año que personalmente considero como una de las más importantes reformas curriculares aprobadas por la UBA.

Desde el comienzo de la carrera médica los alumnos se ponen en contacto con la dinámica familiar y comunitaria, concurren a los Centros de Salud y vivencian en el propio terreno la realidad social.

Ya no verán solamente cadáveres en Anatomía al ingresar a la Facultad, sino que estarán en contacto también, con la vida misma a través de esta modificación pedagógica.

La resultante será un nuevo perfil profesional donde la prevención, la promoción y el cuidado de la salud sean prioritarios.

Es oportuno que me refiera ahora a un tema de actualidad: el nuevo Hospital Nacional de Pediatría, es decir la cúspide de la pirámide.

La Sociedad Argentina de Pediatría fue convocada repetidas veces a dar sus opiniones y fijó su posición en varios documentos que fueron girados en su momento a las autoridades.

En una planificación de la atención pediátrica por niveles, el Hospital Nacional de Pediatría debería ocuparse de la alta complejidad con una estructura organizativa diferente a la de los hospitales ya existentes.

Un nuevo modelo de organización que pueda ser repetido en el país y de esta manera contribuir a la verdadera modernización de las Instituciones de Salud.

Señores:

La Pediatría actual es la que cuida y controla la salud primero y atiende la enfermedad después. Es aquella que incorpora la tomografía computada por un lado y rescata la figura de la abuela por otro, la que recupera y considera, al

padre factor esencial en el desarrollo del niño, la que se detiene atentamente ante los trastornos psicoemocionales de la sociedad actual, de tantos contrastes en muchas regiones. Es la Pediatría que incorpora 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 o señala la necesidad de proteger a la infancia de los factores ambientales.

Por eso decimos que la Pediatría 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 las leyes sociales referidas a la madre y al niño; hablamos de economía, de programas de gobierno.

Si nuestras falencias actuales consistieran en algunos aparatos, no serían tan graves.

Nuestros problemas, más que de subdesarrollo son de inmadurez y por ende de organización y respeto a la organización.

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

La Sociedad Argentina de Pediatría, como parte integrante de la sociedad argentina, no escapa a sus cambios, más aún, puede y debe ser factor de cambio dentro de la comunidad. Ese cambio lo efectúa de dos maneras.

Por un lado, a través de sus asociados, brindándoles congresos, seminarios, actualizaciones, cursos, simposios, publicaciones, etc. cualquiera sea el lugar de la República que habiten. Por

otro, evaluando el acontecer pediátrico oficial, privado o de la seguridad social y acercando a los gobernantes sus 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 pediatras, pero también son las autoridades encargadas de administrar eficazmente dichos conocimientos y tareas.

En una palabra, 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, según los tiempos los enfoques pediátricos varían. Pero el espíritu de la Pediatría, esa constante de atender al niño y la familia en cualquier tiempo y lugar, con preocupación, responsabilidad y un profundo cariño, hacen a su permanencia.

Esta es una reseña, seguramente incompleta, de la Pediatría argentina en nuestros días. El devenir constante de la sociedad trae aparejadas las continuas transformaciones que adecúan las instituciones a la realidad presente que, en cierta medida, condiciona el futuro.

Un futuro que ya está aquí entre nosotros, en estos niños y sus padres de la Escuela Municipal N° 4 del Distrito 16 que nos acompañan a nosotros pediatras que los cuidamos, los ayudamos, a veces los curamos y compartimos siempre sus angustias; hoy se acercan y nos dan la calidez de su presencia y de su canto para festejar juntos, con alegría, los 75 años de la Sociedad Argentina de Pediatría.



## LA PEDIATRIA DEL FUTURO

*Dr. Carlos A. Gianantonio*

Se aproxima el fin del siglo veinte. Cuanto ponemos los hombres en los hitos que nos propone la vida humana, ya sea en sus ciclos biológicos, el nacimiento, la infancia, la niñez, la adultez, la senectud, y la muerte, como en sus lazos con el infinito, con el tiempo del universo: un minuto; una hora; un año; un siglo; un milenio. . .

En pocos años más asistiremos al nacimiento de un nuevo siglo, de un nuevo milenio, y esta estremecedora certidumbre agudiza y concede una nueva responsabilidad a todo análisis de nuestro futuro previsible.

- Desde una perspectiva planetaria no hay duda que la acechanza mayor reside en la capacidad de autodestrucción de nuestra especie, y todos tenemos responsabilidades directas e indirectas para que esto no suceda.
- Como habitantes del continente americano nos cabe compartir los problemas y los desafíos de países jóvenes que como el nuestro, palpitan de vida en cada rincón y en cada clima.
- Como ciudadanos de la Argentina nos toca velar por nuestro país, para que su futuro, construido en paz, esté signado por un progreso que tenga como objetivo el bienestar humano; para que se atesore como meta la posibilidad de realización de cada una y de todas las personas que lo habitan.  
Los ingredientes imprescindibles para esto son la paz, la democracia y la libertad, amalgamados por el amor a nuestra tierra, a sus esencias y a su gente.
- Como pediatras tendremos mucha y variada tarea, pues habrá más nacimientos y menos niños muertos por afecciones prevenibles, es decir más vidas que ayudar a cuidar.

Si bien no es fácil en absoluto predecir cuales han de ser los diversos desarrollos de la pediatría futura, no cabe duda que, aún con dificultad, se

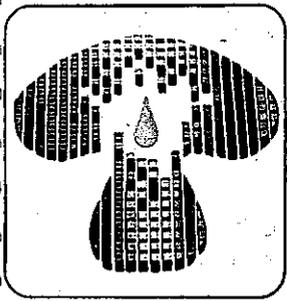
pueden lograr algunas aproximaciones. Un requisito es evitar el enfoque futurológico de los problemas, pues, si bien una dosis prudente de utopías es imprescindible en toda planificación de labores humanas, los tiempos muy lejanos en la mañana enturbian el pensamiento, quitan definición a los problemas y también por lo tanto a sus soluciones.

Si trabajamos sobre un futuro más cercano surgen claramente, por un lado las tendencias actuales y por el otro nuestras acciones y decisiones del presente. Ambos componentes, unidos a otros, más aleatorios, serán el tema de los comentarios que siguen.

Tenemos absoluta conciencia de los graves problemas económicos que han de gravitar sobre nuestro país en los próximos años y de la repercusión que habrán de tener sobre la salud infantil y sobre los recursos para cuidarla. Es cierto también que se aprecia un fuerte impulso creador en todos los niveles de la actividad pediátrica, junto con una mayor objetivación de las capacidades y no sólo de los problemas existentes, con la lógica consecuencia de un mejor reconocimiento de las alternativas posibles. Esta combinación de factores ha de ser una de las directivas de los cambios a observarse en nuestra pediatría hacia fines de este siglo y comienzos del próximo.

Será una necesidad incorporar los avances científicos más modernos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (sobre todo las neoplasias, padecimientos genéticos y malformaciones congénitas) para responder así al precepto ético de ofrecer la mejor medicina posible, a un individuo determinado que la requiera. Para lograr sin embargo un acceso generalizado a esa medicina compleja, deberá analizarse el factor costo, acercando para ello una recreación de las tecnologías, para hacerlas más accesibles y controlables.

Es este un desafío del máximo nivel, pues de



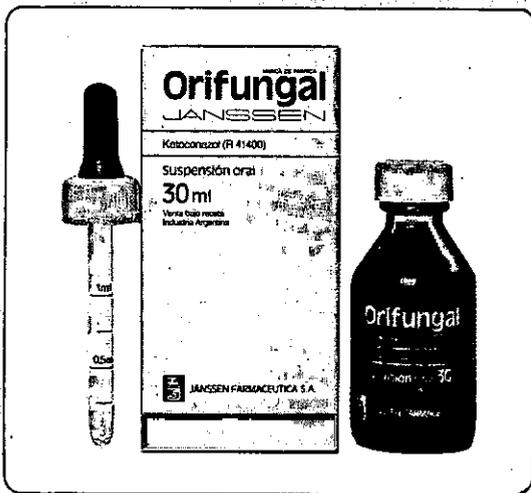
# Orifungal

## JANSSEN

### suspensión oral

...tratamiento  
eficaz de *todas*  
las candidiasis  
del niño

- Muguet
- Boqueras o perleche
- Candidiasis del pañal
- Aftas candidiásica
- Glositis candidiásica
- Candidiasis gastrointestinales



## Una sola toma diaria

**Posología:** En niños se aconseja una dosis diaria de 3 a 5 mg/kg; 1 ml de suspensión oral equivale a 20 mg de ketoconazol o 20 gotas (1 ml = 20 mg = 20 gotas). Los tratamientos deben continuarse hasta que todas las pruebas clínicas dejen de indicar la presencia de una infección micótica activa y hasta lograr la negativización de todos los cultivos.

**Efectos colaterales:** Con la posología recomendada la tolerancia es muy buena. En algunos casos se informó malestar de tipo gastrointestinal.

**Precauciones:** En pacientes que estén sometidos a tratamientos anti-ulceroso (anti-ácidos, anti-secretores, etc.), dichas medicaciones deben ser administradas como mínimo 2 horas después de la toma de Orifungal, para no entorpecer la acción del mismo.

En algunos casos se han observado elevaciones transitorias de las enzimas hepáticas. Estos valores aumentados se normalizan generalmente durante el tratamiento con Orifungal.

Si se observa ictericia u otro síntoma de daño hepático (heces pálidas, orina oscura, fatiga, prurito, fiebre, náuseas), debe interrumpirse el tratamiento y consultar con el médico tratante.

**Contraindicaciones:** No se aconseja su uso en pacientes con hipersensibilidad al medicamento o con disfunción hepática severa. Pese a no haberse observado efectos tóxicos en las pruebas de teratología en animales, no se aconseja su uso durante el embarazo.



**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

14

(1414) Buenos Aires



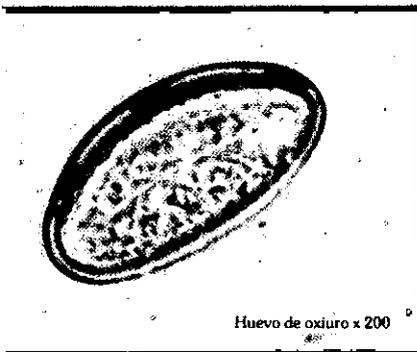
Prurito nasal



oxiuros a tamaño natural



Prurito anal



Huevo de oxiuro x 200



Buchinar de dientes



Hembra de oxiuro x 80

MARCA DE FABRICA

# Nemasole

## JANSSEN

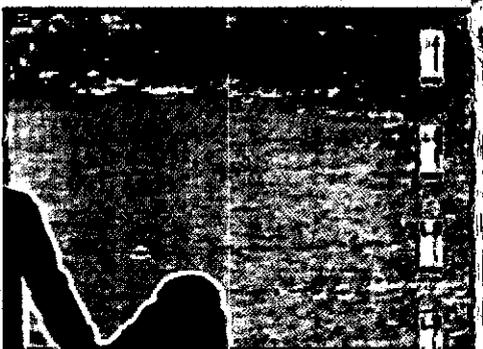
### el oxiuricida del 100x100

Comprimidos  
y  
Suspensión

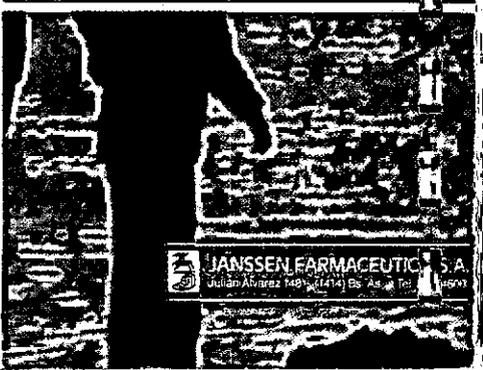
100x100 de seguridad • 100x100 de efectividad • 100x100 de simplicidad



la misma dosis  
para toda  
la familia



En OXIURIASIS: 1 comprimido o 1 cucharadita (5 ml) es todo el tratamiento.



JANSSEN FARMACEUTIC S.A.  
Julian Alvarez 149 - (1414) Bs. As. - Tel. 47000000

confundirse buena y moderna medicina con medicina de alto costo, podrá precipitarse una grave crisis no sólo material, sino también moral, al fracturarse los mecanismos existentes para brindar atención pediátrica a toda la población infantil.

Seguramente se convalidará el concepto de atención regionalizada y estructurada en base a niveles de complejidad, de tal modo que la necesidad de cada niño coincida con la posibilidad de resolverla adecuadamente.

Los desarrollos actuales de programas de salud basados en el cuidado primario o prioritario de la salud infantil, han de afinarse y complejizarse, a medida que se extienda la cobertura que ofrecen y que las metas iniciales, centradas en la solución de problemas médicos básicos, relacionados sobre todo con carencias socioeconómicas y culturales, comiencen a alcanzar un nivel que permita desarrollos ulteriores, sin los cuales persistirán los mismos desniveles en la atención pediátrica que se observan hoy entre los niños rurales y periurbanos y los urbanos, solamente que a un mayor estrato de sofisticación.

Para esta nueva pediatría, centrada en la preservación de la salud y la prevención de los daños, funcionarán equipos multi e interdiscipli-

narios, que serán coordinados por el pediatra. Existirán sin embargo los riesgos de atomización y despersonalización ya observables, que sólo podrán evitarse rescatando los roles del médico de cabecera y la posibilidad de elección en ambos extremos de la ecuación. La burocratización de la atención médica no debe ser el precio obligado del progreso futuro, pues la pérdida de incentivos para el pediatra, sobre todo afectivos y científicos, puede significar la destrucción de toda capacidad creativa y congelamiento de los sistemas en torno a propuestas utilitarias o economicistas.

Finalmente, la pediatría futura devolverá a las familias, a los nidos en que crece y se desarrolla el hombre niño, las capacidades de protección y cuidado que les son inherentes y desarrollará activamente estrategias para su protección, cuidado y fortalecimiento sobre todo para las de mayor riesgo.

El diálogo constante con la comunidad; el intercambio de información y experiencias entre colegas; el debate en todos los niveles de la organización de la sociedad harán de la salud infantil un tema prioritario, y de nuevas generaciones de seres aptos y felices, la herramienta de un país moderno y vital, que se inserte positivamente en el mundo del mañana.



# GOBIERNO Y SALUD

CONFERENCIA DEL DIPUTADO NACIONAL  
Dr. OSVALDO PELLIN

## DEFINICION

El gobierno es función fundamental del Estado. Implica la conducción política de éste, la dinámica de su propia organización. Y si la política es el arte, la doctrina o la opinión referente al Gobierno de los Estados, hablaremos de políticas de salud en el contexto o desde el enfoque de nuestro presente institucional.

## ASPECTOS METODOLOGICOS

Reconozco que al enfocar el tema la mayor dificultad se presenta en sus aspectos metodológicos o de ordenamiento.

Podemos tomar la historia de nuestro sistema sanitario y desde allí obtendríamos un tipo de análisis y podemos también desagregar a cada uno de los actores políticos que configuran el panorama sanitario.

En este sentido todos hablamos de 3 subsectores operantes de atención médica, que reconocen un origen, una evolución y un devenir independientes a pesar de su común objetivo de dar salud o atender la enfermedad.

Esto quiere decir que cada uno de ellos tiene una historia diferente y por lo tanto cuando se habla de la política sanitaria nacional, estamos aún muy lejos de lo que la regla de oro de un imaginario postulado sanitario nacional dice: **"El país será considerado como una unidad sanitaria asistencial y médico social con una conducción centralizada normativa y participativa y una ejecución descentralizada"**.

Pero hay todavía un segundo enfoque para abordar la cuestión y es el referido a lo que dice la teoría o la ideología de los grupos políticos en la Argentina.

Si se me permite ser esquemático diríamos

que se configuran tres modelos, modelos que es justo aclararlo, no siempre fueron aplicados, y me refiero ya al ámbito internacional, por aquellos partidos o más bien en aquellos sistemas en los que era esperable hallarlos.

Así desde un punto de vista clasista la organización de la salud y de la atención médica se resuelve con la implantación de un sistema centralizado que asume que el derecho a la salud no tiene menoscabo alguno por lo que su ejercicio está implícito en las realizaciones de éstos regímenes políticos. Sería para nosotros los casos de Cuba y la U.R.S.S. Aunque servicios centralizados también conviven con el sistema capitalista, claro que con variantes, propios de la Interpretación de la libertad individual que ellos tienen; me refiero al Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña.

Siempre siguiendo con este segundo enfoque en el otro extremo del abanico ideológico estarían los sistemas liberales. En ellos prima la característica que una gran parte de los servicios a brindar dependen de la libre oferta y la demanda. O sea la salud como un elemento más del mercado; libre elección, pago directo o seguros individuales, hospitales privados, gran desarrollo industrial de provisión de bienes para la actividad. El Estado solo cumple lo que aquí en el pasado llamábamos labor subsidiaria. Es obvio que estos ejemplos polares nos permiten visualizar una amplia franja de modalidades que llamaríamos mixtas en la organización de los servicios de salud donde transita el nuestro y algunos países de la Europa Continental y Occidental con sus lógicas variaciones locales.

Dicho de otro modo en nuestro país tiene presencia un sector público financiado por las rentas generales de la Nación que funciona como un servicio nacional. Claro que no se atribuye más que una cobertura que la hace depender de la

demanda que crecerá o descenderá en función de la mayor o menor prosperidad económica del país o por las políticas de estímulo o restricción que hacia su oferta de servicios se disponga.

Sus servicios son gratuitos en general y la oferta tiene una amplísima gama en lo que a calidad se refiere. Guarda sin embargo la nada despreciable reserva de haber sido y de ser el centro de formación para los profesionales y técnicos de la salud que luego serán demandados para actuar en otros subsectores en simultaneidad con él o directamente en exclusividad.

En paralelo funciona el otro subsector, y obsérvese que hablo ahora de uno solo y no de dos, que serían los que restarían, porque el sector de Obras Sociales y el privado con algunas variaciones de servicios propios del primero o de servicios totalmente privados del segundo; han adquirido a lo largo de la historia una complementación que los particulariza.

Me refiero a la capacidad financiera de las Obras Sociales con las que se dan las prestaciones del sector privado. Nadie puede negar la progresiva solidez que alcanzó al día de hoy esta sociedad cuyas características de prestación son por todos conocidas.

Ha conservado claro que, con las relatividades del caso, la figura de la libre elección, el pago por prestación, aunque diferido y el trabajo en general con normas técnicas implícitas que el sector prestador aporta luego de obtenerlas en el sector público y que aplica también, y según la formación obtenida, a través de un amplio rango de calidad.

## ASPECTOS HISTORICOS Y POLITICOS

Hasta aquí someramente vistos los actores principales, fruto o consecuencia de un sistema político institucional determinado.

Busquemos ahora en la historia la trayectoria de estos sectores con el fin de evaluar sus derechos políticos adquiridos y consecuentemente su influencia en la marcha del sistema.

Ya vimos por otra parte que las características de los servicios de salud dependen mayormente de los sistemas políticos institucionales, con las excepciones que se señalaron.

Más que de la capacidad todopoderosa de los partidos políticos tomados aisladamente. Ellos responderán al sistema vigente, lo que obviamente no significa que no puedan introducir en el sector variaciones de trascendencia. En todo caso los partidos políticos serán siempre los que en un estado revolucionario de cambio institucional o en un estado de derecho evolucionista y progresivo los que canalicen los cambios respectivos, los

que, en definitiva asuman la responsabilidad histórica del progreso, detención o retroceso de su época.

Y antes de ver brevemente la evolución de los tres sectores claves de nuestra organización sanitaria actual es necesario volvernos a la Argentina de hoy y catalogar su momento político. Lo haremos a través también de lo que Rodolfo TERRAGNO llama el Estatuto Democrático que ha recogido el consenso mayoritario del pueblo Argentino, y que dice: "Los bienes sociales (libertad, oportunidades, riquezas) se distribuirán en forma equitativa. El Estado que estará en manos de la mayoría y sujeto a escrutinio público, garantizará esa equidad".

Esta es la síntesis de un acuerdo o pacto a veces tácito, a veces explícito, referido insistentemente en los momentos de desencuentro a la búsqueda de un consolador punto común de partida y que a pesar de éstos 3 laboriosos años, casi, de estado de derecho nadie osado cuestionar. Se le agregarán aditamentos que son solo las diferenciaciones a veces de slogans, otras doctrinarias pero ninguna confrontatoria.

Este estatuto aísla a la vía violenta de cualquier signo para la toma del poder y propone la alianza de clases para intentar el progreso. La lucha excluyente es contra el privilegio a través de la aplicación de la ley y contra la injusticia distributiva a través de diferentes proyectos que se prometen mutuamente reemplazarse a través de éstas reglas, a efectos de potenciar adecuadamente la Justicia Social.

En este marco entonces vienen desembocando las historias de la Salud Oficial, de las Obras Sociales y de los prestadores. La Salud oficial prohibió a los más grandes médicos de los que el país siente un sano y merecido orgullo. Tanto en el plano asistencial como en el Sanitario los médicos argentinos, que hicieron y se formaron en esos servicios oficiales, son guías claras que caracterizan al ser médico sanitario nacional. Emilio Coni, Rawson, Araoz Alfaro., antes; Carrillo, Oñativia, Alvarado contemporáneamente; nos hablan entonces de la esencia; de la imagen especular que no deberíamos perder en nuestro accionar futuro.

Este sector oficial comenzó a percibir la necesidad de una participación preponderante cuando se da en la Argentina el fenómeno industrialista, la urbanización creciente y los adelantos médico sanitarios que requieren la aplicación masiva para su resultado efectivo y también para salvaguardar el sentido moral y material de la Nación en lo que se refiere a su importante valor de redistribución de la riqueza en forma de servicios.

Al cabo de la obra extraordinaria de R. Carrillo, los hospitales a partir de 1958 comienzan a

ser transferidos a las provincias en una política de descentralización que duró muchos años, con idas y vueltas en el ejercicio de la jurisdicción, pero representó la reacción a la extraordinaria centralización de la época de Carrillo y la consecuencia asimismo de la aplicación de la recomendación de un informe de expertos de la Organización Mundial de la Salud contratados en 1956.

Este proceso llamado de centralización normativa y descentralización ejecutiva afectaba o afectó sólo al sector público e implicó para las provincias vérselas de pronto con un monstruo consumidor de fondos pero al mismo tiempo ante la tentación de basar gran parte de su política social en el ordenamiento provincial del sistema.

Hoy ya nadie podría enfrentarse a su comunidad provincial y anunciar la devolución de los servicios médico hospitalarios a la Nación. Las poblaciones de las mismas provincias no se lo permitirían. Son una obligación de los gobiernos provinciales independientemente de las fugas financieras prometidas como apoyo para que se aceptaran las transferencias en la que incurrieron los sucesivos gobiernos nacionales.

## ASPECTOS DE LA ACTIVIDAD SANITARIA

Ahora los hospitales pertenecen a las provincias y aquí merece recrearse aún con las limitaciones que impone ver el tema del federalismo desde una óptica sectorial y decir que las comunicaciones y la acción política representativa ha acelerado la modificación del concepto.

Ya no es suficiente ni garantía, aún para las provincias pobres, el centralismo; como tampoco es suficiente encerrarse en un provincialismo políticamente vulnerable que habitualmente es confundido ideológicamente, sustituyendo su esencia auténticamente reivindicativa por intereses de grupos locales para salvaguardar sus privilegios.

Ni los partidos nacionales ni los provinciales podrán en lo sucesivo plantear antagónicamente sus alternativas. Hay un punto de encuentro que es la participación decisoria desde las provincias y el enfoque integral desde la Nación, al rescate de una valiosa diversidad cultural, del derecho a los beneficios de la explotación participada de los recursos naturales provinciales y a las perspectivas de una unión nacional con auténtica representación de sus peculiaridades regionales. Esto no descarta la lucha política, fija, eso sí, las fronteras; desde donde se buscará la prioridad, que determinará el correspondiente encuadramiento partidario.

Las técnicas de la comunicación, de la plani-

ficación y los acuerdos políticos catalizados por la crisis preanuncian un esquema alternativo que nos acerca a la verdad. Y la verdad tiene la fuerza de reducir los privilegios cuando es bandera de una mayoría pluralista y diferenciable en sus peculiaridades pero unida orgánicamente en su defensa.

## EL NIVEL CENTRAL

¿Qué pasa con el nivel central, luego de las transferencias?

Quedan consolidadas las transferencias pero el nivel central va perdiendo su presencia, su influencia y en estos momentos, recordando ya aquel postulado del principio podemos afirmar que la unidad sanitaria asistencial del país carece de una conducción creadora y a mi juicio de una auténtica vocación de presencia.

En especial luego del fallido intento de hacer prosperar la sanción de la Ley del Seguro Nacional de Salud.

Esta ley es coherente en sus principios doctrinarios o sea consigo misma en el plano de las intenciones y con la política global del Gobierno que aspira a un recorte en el poder político de las entidades organizadas de los trabajadores. Es en este sentido una ley confrontatoria. Y creemos que es confrontatoria en un aspecto que es un problema menor para la oferta de servicios en su conjunto. Cuales son los aspectos del Gobierno y del ordenamiento administrativo del sistema. Al decir de Jorge Mera, con el acuerdo, estas son pequeñas contaminaciones que se reproducen a lo largo del tiempo, pero lo esencial está en el ordenamiento del sistema de prestaciones, que la ley deja para una etapa posterior.

Tiene cierta factibilidad en el plano de los recursos en la medida que suma groseramente casi todos los recursos disponibles de la oferta de servicios, sin considerar la promoción de la oferta que la misma ley generará, incluso a través de una publicidad idealizada y anticipada, así como no prevee claramente la financiación de la atención que originarán los nuevos grupos de población incorporados.

Pero tal como está hoy la relación de las fuerzas políticas institucionales es inviable. Si el cambio para el mejoramiento del sistema depende de esta ley, su sanción es harto problemática mientras en la composición del senado de la Nación la mayoría no pertenezca al oficialismo.

Nadie duda de la necesidad de avanzar en el tema de la Salud.

Nadie duda de la racionalidad que aportaría una integración de los subsectores. Pero todos sabemos que es un error táctico, fincar

todas las posibilidades de cambio en una sola alternativa.

El gobierno nacional cuenta con un aparato extraordinario de posibilidades exploradas escasamente. Tiene una larga lista de actividades que esperan su iniciativa.

Así la atención de sus propios servicios debe mejorarse manifiestamente como el desarrollo de luchas contra los flagelos endemoepidémicos.

La capacitación sistemática de post-grado y en servicio de todo el personal profesional y técnico. La elaboración de normas de atención para programas prioritarios según daño en salud de cada región y concepto aplicado de riesgo, con la participación del personal de las provincias.

La coordinación con las entidades formadoras de recurso humano que ya constituye un cuadro dramático visto su distorsión actual, reflejada en la plétora médica y en la escasez de personal auxiliar y técnico, especialmente de enfermería. El fortalecimiento auténtico del COFESA tecnificándolo en todo lo posible.

Fortalecer los programas de atención primaria que languidecen en las áreas rurales y urbanas.

En definitiva hace falta un **Plan de Salud, con ley o sin ley de Seguro Nacional de Salud.**

En general, una inversión del Estado progresivamente más agresiva generará una presencia del mismo en el sector Salud que promoverá no solo adhesiones sino aceptaciones concensuales de su rol rector.

Fuera del aspecto de la viabilidad en el plano político, ninguno de los otros sectores, de las Obras Sociales y los prestadores se someterán con confianza a un Estado rutinario sin voluntad ni iniciativa hacia lo que es sumisión esencial.

En resumen, no nos preguntamos si hubo o no política de Salud en la Argentina. Las hubo siempre. Explícitas y coherentes a veces, y simplemente implícitas en otras.

Siempre le llegó al sector Salud la influencia de la política global en el país.

Podemos decir que hubo una **política sanitaria justicialista** con el objetivo de la centralización, léase labor Carrillo, léase creación del SNIS; últimamente con el frustrado intento de la integración de los subsectores sindicales hacia una franca tendencia estatizante, pero dejando el gran saldo de la accesibilidad a los servicios mediante la creación de infraestructura física en todo el país, que sirvió para materializar el derecho a la salud de la naciente Argentina de masas.

Hubo también una **política sanitaria de los regímenes militares** tendientes a la descentralización y a la promoción de la privatización a ultranza de los servicios, dejándole al Estado un rol subsidiario. Fue no obstante la política que

en un momento dado más afianzó en el **plano jurídico** al subsector de las Obras Sociales a la búsqueda de una negociación política siempre apuntando a alianzas circunstanciales superadoras del sector salud. Habiendo tenido ello mayor perdurabilidad histórica que otros intentos legislativos recientes, cuando las circunstancias políticas cancelaron las posibilidades del acuerdo.

Y hubo una **política sanitaria radical** que apuntó a la dignificación del sector público, que enfrentó las grandes luchas sanitarias con idoneidad, que aportó racionalidad y coraje en la lucha contra las multinacionales del medicamento y en la creación de Institutos de gran valor en la defensa de los intereses sanitarios nacionales, como por ejemplo el Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología.

Hoy ante una fractura política en sus designios integristas en el marco del estado de derecho y a través de la sola compulsión de la ley, pretende una especie de vuelta extemporánea a una forma de centralización; esa política sanitaria radical aguarda encontrar otra alternativa de presencia, aguarda de su creatividad un plan convergente y moderno que movilice su extraordinaria y benéfica influencia nacional.

## LAS PERSPECTIVAS

No pueden pasar sino por consolidar desde el sector salud en su conjunto el sistema político-institucional del estado de derecho a través de un mecanismo que corresponde al enunciado ya referido de Terragno.

En el aspecto organizativo es inútil esperar tener el todo en las manos para actuar. Debemos aplicar más el analizar compartidamente los hechos e intentar su solución en la acción concreta de Gobernar. Así el Estado deberá "merecer" el constitucionalmente admitido rol conductor de todo el sistema a través de su intervención en los problemas de salud seleccionados y aplicar su capacidad de "hacer-hacer", estimulando y sancionando. Al mismo tiempo desplegará toda su capacidad de docencia en los planos profesionales, técnicos y administrativos.

De la tecnología disponible el recurso humano es excelente en cantidad y calidad. Confiemos en su capacidad transformadora. Debe ser jerarquizado y estimulado.

Elevemos el nivel de nuestro recurso humano y con ello humanizaremos la atención médica.

Fortalezcamos la información y la educación de la población para fundar las bases de una nueva cultura sanitaria.

Desarrollemos programas de salud mental con énfasis en la prevención primaria y vinculados a

los grupos vulnerables y de riesgo, a la recreación, a la educación y a la cultura.

Integremos planes de seguimiento de grupos de riesgo junto a las otras áreas de la promoción comunitaria.

Una vez más, debemos aprender a que no se pueden ofrecer **servicios esporádicos aunque sean accesibles** y que el servicio no solo espera la demanda. Más allá de ella asume el compromiso de su seguimiento.

Busquemos finalmente en un estado de derecho la participación comunitaria. Este es un buen ejemplo de todo lo que estamos omitiendo

hacer. Sin represión y en plena libertad todos tenemos el deber de provocar la participación. Valoremos lo que hemos obtenido, regociyémosnos en ello pese a sus deficiencias y partamos de allí a través del trabajo creador y quizás alcancemos lo que dice Reich "Una Nación basada sobre la codicia y la intimidación no solo merecerá reparos morales, será contraria al nuevo modo de producción donde el sistema político más eficiente será el que promueva la autoestima de los individuos. La Justicia Social no será un lujo impuesto a expensas de la economía nacional. Será el instrumento para lograr y mantener la prosperidad".



---

**PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. GUSTAVO G. BERRI  
EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ACTO DE CLAUSURA)  
EL 24 de OCTUBRE DE 1986 CON MOTIVO DEL  
75 ANIVERSARIO DE LA S.A.P.**

---

Por gentileza de las autoridades de la Academia Nacional de Medicina que cedieran su local la Sociedad Argentina de Pediatría reúne a sus asociados para conmemorar el 75 Aniversario de su fundación. Estas majestuosas paredes que nos cobijan, mudos testigos de tantos brillantes discursos académicos, cobran para mí especial significado en el recuerdo, pues el 1° de Diciembre de 1972 hicieramos en esta misma Aula Magna la presentación oficial del XIX Congreso Internacional de Pediatría.

Durante esta semana hemos escuchado diversas exposiciones aquí y en los hospitales con respecto al devenir de la Sociedad y de la Pediatría. En mi carácter de último orador sobre el tema, trataré de sintetizar algunos conceptos y comentarios que surgen de la experiencia recogida muy especialmente durante los doce años que ocupé cargos en diferentes Comisiones Directivas de nuestra benemérita y muy querida Sociedad.

La vida de las instituciones, como las personas, supone un caminar activo siempre alerta, salpicado por sucesos que son frutos del pensamiento, del mundo de las ideas. Y las ideas forjan nuevas realidades. Analizando la cronodinamia de la Sociedad, cabe destacar en su ya larga historia y a modo de síntesis, 9 jalones que en mi impresión condicionaron su desarrollo, a saber:

1. Su creación en 1911, cuando 21 pediatras pioneros se reunieron y aprobaron los estatutos de la Sociedad Argentina de Pediatría (aunque inicialmente fue porteña).
2. Su época de crecimiento científico, una de cuyas más trascendentes realizaciones, fue la

creación de la Revista "Archivos Argentinos de Pediatría", en 1930.

3. La unificación de la Sociedad Argentina de Pediatría durante la presidencia del Dr. R. Kreutzer, cuando se integraron como filiales algunas Sociedades de Pediatría de ciudades del interior de nuestro país.
4. El intercambio de conocimientos con otros países al ingresar la Sociedad a la Confederación Sudamericana de Pediatría y posteriormente a la Asociación Latinoamericana de sociedades de Pediatría (A.L.A.P.E.). El primer Congreso Sudamericano fue realizado en Buenos Aires en 1949 y al año siguiente (1950), la sociedad se adhiere a la Asociación Internacional de Pediatría.
5. La concreción de la Sede propia en 1962 por obra del Dr. J. Murtagh. Este hecho permitió con el tiempo la ampliación del organigrama Societario con la creación de Comités Nacionales de Estudio (generalmente de Especialidades Pediátricas, que en la actualidad ascienden a 24), Subcomisiones dependientes de la Comisión Directiva (que son 8 actualmente) y Sociedades Huéspedes en número de 2.
6. La creación del Tribunal de Evaluación Pediátrica en 1966, desde entonces bajo la presidencia del Dr. Alfredo Larguía, que otorga los títulos de médico pediatra, pediatra neonatólogo, cirujano pediatra, neurólogo y cardiólogo infantil.
7. La "regionalización" de la Sociedad en 1972, lo que permitió mantener una estructura federalista con filiales (en número de 35) agrupadas en regiones (7 en la actualidad).

8. El XIV Congreso Internacional de Pediatría en 1974, que proyectó a nuestra Sociedad y a nuestra pediatría a nivel internacional realimentando nuestras inquietudes en base al intercambio científico con 7000 pediatras pertenecientes a 72 naciones que se dieron cita en nuestra Capital.

9. La consolidación de la Sociedad en estos últimos años a través de sus medios de difusión y revistas (edita Archivos Argentinos de Pediatría, un Boletín Informativo, Correo de la S.A.P., libros y folletos), de becas de perfeccionamiento, de programas y elaboración de materiales de Educación para la Salud, realización de Congresos y Seminarios Nacionales de Pediatría Social y Salud Escolar, docencia de Pregrado y Programas de Educación Continua por intermedio de cursos de diferentes niveles, Congresos Argentino y Jornadas Regionales de Pediatría y también de especialidades pediátricas (estos últimos en conjunción con otras sociedades científicas).

En este último aspecto de la Educación continua se debe destacar la evolución ocurrida con el tiempo, teniendo presente que en la época inicial de Sociedad convocaba a dos reuniones científicas mensuales en el local de la Asociación Médica Argentina. En su seno se discutían trabajo de investigación clínica y de casuística de las más diversas patologías, buscando por su intermedio la jerarquización científica de esta rama de la medicina. En efecto, se traducían su progreso y superación en la discusión de los trabajos a los que acudían casi infaliblemente las más destacadas figuras de la Pediatría Nacional, que con sus aportes y su experiencia creaban un ambiente de elevado significado académico y docente. Pero con el correr de los años, comenzó la declinación de estas reuniones con un número escaso de concurrentes y la educación médica se trasladó a los cursos, a los Comités de las especialidades de la S.A.P., a los ateneos de los hospitales, jornadas regionales y Congresos.

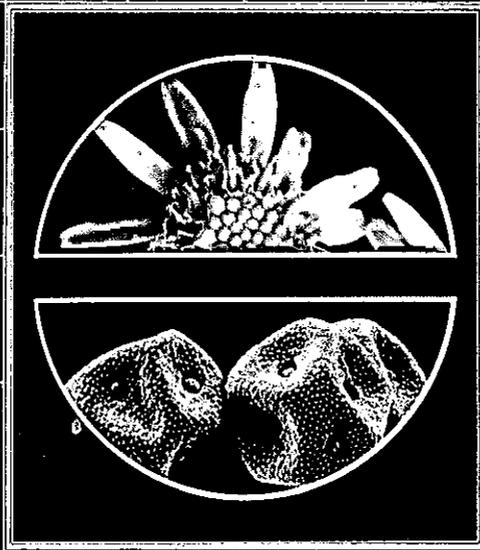
Al respecto, debemos recordar que días pasados se celebró en Córdoba el 27 Congreso Argentino de Pediatría con la concurrencia de más de 3000 médicos.

La Sociedad Argentina de Pediatría siempre se

vió impulsada con los mismos objetivos señalados en 1911, pero con una evolución dinámica que supo adaptarse a los momentos difíciles en la historia de nuestro país con repercusión en el quehacer de la institución. Dijo Alonso Criado "que cada uno se mueva dentro de su naturaleza propia, como la estrella, sin prisa, pero sin tregua. He aquí el medio de obedecer y cooperar a la ley natural del Progreso". Al respecto, las 38 Comisiones Directivas que rigieron desde su creación los destinos de la Sociedad, siguieron estas premisas y los conceptos vertidos en el acta institucional tienen hoy plena vigencia y han sido en el curso de estos 75 años la "esencia" de la Sociedad que se mantiene unida y extendida por todo el territorio nacional. Así, lo atestigua el pensamiento de uno de los grandes de la Medicina, E. Braun Menéndez cuando señala que "ello evita que las Sociedades Científicas pierdan de vista a su fin principal que es el adelanto de la ciencia, para caer presa de la política de grupos o convertirse en feria de vanidades". Pero las características especiales del niño hace que la responsabilidad de la Sociedad de Pediatría no se limita a su salud física, mental y emocional, sino también incluye a los variados factores ecológicos (ya sean físicos, biológicos, psicológicos y sociales) que tanto afectan su calidad de vida.

Por estas consideraciones, el progreso científico y la alta tecnología deben acompañar a la atención médica primaria, sin caer en el exceso declamatorio de palabras y deseos altruistas y nobles que a pesar de su buena inspiración, no se concreta su aplicación a la realidad sanitaria actual de nuestro país. Pero sí existe una realidad impostergable: la necesidad de poner en funcionamiento a la brevedad al Hospital Nacional de Pediatría.

No quisiera terminar estas palabras sin rendir mi homenaje a esas mujeres depositarias de nuestro amor, que son artífices de nuestro hogar y solidarias con nuestras inquietudes. A esas mujeres que nos alientan, nos estimulan y nos comprenden, le debe la Sociedad Argentina de Pediatría el reconocimiento de su labor en pro de la niñez, pues sacrifican horas de felicidad conyugal. A ellas y a quienes hoy nos acompañan, les entregamos el calor que brota de nuestros corazones, orgullosos de celebrar el 75 aniversario de la Sociedad Argentina de Pediatría.



# Mildugen<sup>®</sup>

astemizol

---

El antihistamínico superior

---



**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

S.A.

# Orifungal® crema

## El antimicótico total de una sola aplicación al día

- EFICAZ en todo tipo de micosis
- RAPIDO en la eliminación de los hongos
- SIMPLE: 1 sola aplicación al día



Ketoconazol al 2%



**JANSSEN**  
FARMACEUTICA

Julian Alvarez 148 - (1414) Buenos Aires - Tel.: 854-4600

Líder mundial en investigación antimicótica

**1x día  
1x día  
1x día**