

DECURSO DE LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS NIÑOS DEL ECUADOR E HISTORIA COMPARATIVA CON OTRAS REALIDADES

Gabriel Ordóñez Nieto

“El comienzo de cualquier historia completa del hombre debe ser el relato de su creación, de la aparición gradual del ente cuyas nobles conquistas y espantosas abominaciones revela al ser que ha cambiado la faz de la tierra habitable luego de haber surgido en el África apenas mejor equipado que sus primos pobres: los monos”¹

Al comienzo

Las condiciones del hombre, su inteligencia y su adaptabilidad física le favorecieron para trajar por toda la tierra, soportar los cambios climáticos extremos y ajustarse a las características de sus llanuras o de sus tierras boscosas o montañosas. Al principio en verdad fueron grupos reducidos con escaso poder pero con suficientes arrestos para afirmar su huella en un planeta virgen con numerosas formas de vida. Para hacerlo contó con la herencia recibida de sus antecesores cuyos elementos más importantes fueron el organismo y el ambiente en que iba a vivir.

Numerosas civilizaciones han surgido, muchas se han eclipsado. Los hombres sin embargo siguen con una apariencia corporal que muestra una estructura similar a la que tenía hace cien mil o más años con notorios colmillos y dedos con uñas. El ambiente pese a los cambios introducidos por la especie humana mantiene su estructura fundamental con fuentes de agua (mares y ríos), cordilleras con altos nevados y activos volcanes, extensas llanuras y climas variados con amplia influencia en la vida de las comunidades pequeñas o grandes, ricas o pobres, costeñas, serranas o frías o cálidas. Tanto el hombre como el entorno han cambiado, sin duda han evolucionado. Uno de los primeros logros de los primitivos fue la bipedestación, evento que significó un salto importante por favorecer ciertos cambios estructurales en su cerebro, una locomoción con las manos libres, la fabricación de utensilios de piedra para la cacería y obtener proteína de origen animal que mejoró más su cerebro.¹ La postura erguida propició el descenso de la laringe con lo cual pudo emitir sonidos de vocales y consonantes con mejores y más variados movimientos de la lengua, algo necesario para la gran variedad de

1 Hawks, J. 1977; Historia de la humanidad, Prehistoria. Barcelona: Editorial Planeta. Pag.35

sonidos que se emplean para hablar. Otra ventaja de caminar erguido es la de aparecer más grandes y amenazadores antes sus rivales evitando conflictos agotadores y mejor acceso a los alimentos.

No solo se heredó la estructura del cuerpo. Su complejo y detallado cerebro poseía también centros emocionales junto a la extraña y antigua herencia del subconsciente. Desde el comienzo llevaba consigo el miedo, la ira, el odio así como el amor y la alegría de vivir en su sencilla forma animal complementada con la herencia social del afecto familiar y lealtad al grupo. Al parecer todos estos ingredientes forman el gran sustrato que dio inicio a una vasta y variada creación material, mental y espiritual para afrontar, dominar, comprender, gozar y embellecer el mundo natural que le circundaba. Cada asiento humano enfrentó situaciones propias y desarrolló sus modos de manufactura, de pensar y de sentir para dar forma a ciertas tradiciones que se podrían llamar culturales con sello propio utilizados en el devenir de los pueblos para confrontar, intercambiar o fusionarse con otras para lograr progreso o nuevos derroteros. El progreso se apreció en la creación de toda clase de útiles y herramientas apropiados para actividades específicas de cazadores, pescadores, carpinteros, etc. y en el desarrollo de un arte visual que reflejó el despertar de su imaginación en tareas como la pintura, la danza y la poesía. Aprendió también a grabar y tallar. Los hombres adquirieron conciencia de pertenencia a un pueblo y con frecuencia confrontaban o se oponían a otros.

Comunicación y lenguaje

La comunicación entre los miembros de una pareja o un grupo se hizo al comienzo con imitación de sonidos, gestos y expresiones faciales. Para explicar el desarrollo del lenguaje se han planteado numerosas hipótesis pero, sea cual fuere la que mejor lo explique, nadie duda de la importancia de conceder forma verbal a las imágenes e ideas resultantes de la vida diaria para darles coherencia y permanencia en el tiempo.² El lenguaje conceptual abrió el camino a la conservación de ideas y teorías para hacer del pasado una fuente de conocimiento y experiencia para el futuro. Los homínidos vivían en condiciones muy duras, tenían enfrentamientos a veces desiguales en lo físico y no serían

2 Hawkes J. 1977; Historia de la Humanidad. Primera parte prehistoria. Barcelona: Editorial Planeta. Pág. 110

raros los accidentes, los heridos, los enfermos y para ellos debió ser fundamental el lenguaje mientras eran ayudados o recibían alguna atención por incipiente y rudimentaria que fuere. Se ha encontrado uno de estos seres, en una caverna de Irak, con un ojo ciego, artritis y un brazo amputado a la altura del codo lo cual indica cierto conocimiento médico, esta idea, se ha reforzado con el hallazgo de otro individuo enterrado hace unos 70 mil años con siete especies de flores con propiedades medicinales como la cola de caballo (*Ephedra*), cuyo uso tiene una historia larga en el tratamiento de afecciones respiratorias y en la generación de resistencia física en las expediciones de caza prolongadas.

No se sabe cómo empezó la gran invención del lenguaje hablado. El lenguaje y su expresión por medio de la voz no son innatos en la especie humana como los trinos de los pájaros o los reclamos de los animales. Un niño criado en medio del silencio no aprende ni articula palabras. Los simios tienen una variedad de gritos emocionales y se les puede enseñar con muchísimo trabajo la pronunciación de unas pocas palabras pero nunca han dado el primer paso hacia el lenguaje articulado; el hombre lo hizo gracias al crecimiento del poder cerebral y la capacidad asociativa de su enorme cerebro. Aunque no es posible probar los hechos si se puede esbozar teorías para explicar el origen del lenguaje hablado, una de las más lógicas sugiere que los primeros sonidos simbólicos acompañaron a gestos y movimientos de la mano especialmente pues se ha visto una simpatía entre esta parte de la extremidad y la boca -se observan, por ejemplo, movimientos de la lengua mientras el niño escribe- y numerosos ademanes mientras las personas hablan.³:

Vida sedentaria

En la búsqueda de nuevas tierras el hombre primitivo, seguramente originario del África, migró a muchos lugares y este hecho obliga a interesarse en los esfuerzos de los pueblos cazadores para adaptarse a los bosques, al pastoreo, a la agricultura y generar una revolución trascendental debido a la domesticación de ciertas especies animales: vacas, cerdos, ovejas, cabras y al cultivo de trigo y cebada.³ Estos eventos marcaron el inicio de una economía diferente que se convertiría en piedra angular de las siguientes civilizaciones conformada por

3 Hawkes J. 1977; Historia de la Humanidad. Primera parte prehistoria. Barcelona: Editorial Planeta. Pág. 520

asientos campesinos, en las tierras privilegiadas irrigadas por grandes ríos como el Tigris, el Eufrates y el Nilo, que impulsaron y sostuvieron el desarrollo de las ciudades con presencia de artesanos hábiles, mercaderes, administradores y más oficios y ocupaciones que formaron sociedades más complejas y nuevas. Se vivió en casas construidas sobre el suelo, las personas llevaban ropas y adornos, cocinaban alimentos, vivían en familia, impulsaban las lealtades sociales en el trabajo, el juego, los oficios religiosos, las artes y a veces a la guerra inclusive. De esta época se conservan aun rasgos culturales, materiales y mentales como parte de algunos supuestos universales.⁴

Se desarrolló la idea de Dios y de los espíritus con influencia grande e indiscutible sobre los humanos y la necesidad de alcanzar alguna comunicación con ellos dio lugar a la aparición de intermediarios, seres de las propias comunidades calificados como sanadores, hechiceros, brujos, adivinos o artistas dotados de poderes para interpretar conductas espirituales y canalizar peticiones humanas. No se exagera al afirmar que desde esta época estaba asignada la herencia viva constituida por plantas y animales domesticados, la calidad de ser social y religiosa del hombre y la ineludible tarea de portar una mente inconsciente que daría forma y color a su cultura y, sobre todo, a sus creaciones imaginarias en cualquier tema y terreno.

Historia de la infancia

La historia de la infancia es una pesadilla de la que se ha empezado a despertar hace poco. Cuanto más se retrocede e investiga en el pasado más deficiente es el cuidado ofrecido a los niños y más se conocerá de niños expuestos a muertes violentas, abandono, golpizas y abusos sexuales. No se ha reparado en estos hechos debido a una visión sesgada de la historia preocupada más de los acontecimientos públicos que de los privados, centrada más en el ruidoso escenario de las grandes batallas, los escándalos de reyes y cortesanos, los hechos protagonizados por gobernantes de todo tipo y calaña que en el día a día de la vida hogareña y del patio de recreo. A primera vista la falta de interés por la vida de los niños resulta extraña. No se puede señalar a Freud como el descubridor de la importancia de las relaciones padre – hijo para el cambio social

4 Hawkes J. 1977; Historia de la Humanidad. Primera parte prehistoria. Barcelona: Editorial Planeta. Pág. 40

pero, si es posible en cambio, a partir de sus estudios, asegurar el cambio de visión de los últimos 50 años en el estudio de la infancia por parte de psicólogos, sociólogos, antropólogos e historiadores.

Como causas del descuido se han colocado factores como la falta de estudios e información sobre la infancia, sobre todo, en tiempos antiguos y muy antiguos. No hay explicación a la ausencia de testimonios escritos acerca de la vida de los niños en esas épocas, no se conoce por ejemplo si los hombres ayudaban a cuidar niños, nada se sabe de los adolescentes. Bossard lo resume así: *“Por desgracia, la vida de la infancia no se ha escrito nunca, y es dudoso que se pueda escribir algún día, debido a la escasez de datos históricos acerca de la infancia”*⁵

Se entiende desde hace mucho que el papel de los comportamientos infantiles y de los cuidados y afectos prodigados en esta etapa es muy importante en la vida adulta. William Wordsworth un poeta del siglo XIX escribió un verso merecedor de numerosos análisis pues contiene una paradoja cuando asegura: *“El niño es el padre del hombre”* No se comprende la oscuridad de su existencia en numerosas civilizaciones, dada la importancia de mantener los rasgos culturales sobre la base de ofrecer a los niños determinado tipo de experiencias. Resulta preocupante, por decir lo menos, la opinión de varios sociólogos que deforma la historia al retratar a los niños del pasado lejano de forma idealizada y novelesca sin tener datos ni estudios de las familias. Si esto llama la atención resultan casi censurables las justificaciones propuestas por ciertos historiadores de la sociedad para actos bárbaros contra los niños. Unos tres ejemplos vienen bien para aclarar tales situaciones: calificar de *“admirable y humano”* al infanticidio o de *crueledad no intencional* a la práctica de bañar a los niños con agua helada, todas las mañanas, con el ánimo de fortalecerlos o admitir como una *“tradición generalizada”* el juego con los genitales de los niños.

Hay una gran dificultad, según relata Lloyd de Mause, para consultar libros y manuscritos e investigar las actitudes frente a las prácticas sexuales en el pretérito. La gran mayoría permanecen bajo llave en sótanos, almacenes y bibliotecas de toda Europa y ni siquiera los historiadores tienen acceso a ellos, lo poco que se ha podido consultar, da la existencia de indicios suficientes de los

5. Bossard, J.H.S. (1948); The Sociology of Child Development. Nueva York. Pág. 598

abusos sexuales cometidos con los niños con una frecuencia mayor en el pasado que en la actualidad y, se han podido conocer los castigos propinados a los infantes para satisfacer los deseos corporales de los adultos en los últimos 200 años.⁶

Los niños, según creencias del pasado, podían convertirse en seres malvados y para evitarlo se los envolvía, ataba o empañaba, bien apretados, por tiempos prolongados cuya duración dependía de cada comunidad. Las razones para tales prácticas, en las distintas épocas han sido: evitar deformaciones como curvaturas o arqueos de las extremidades, impedir que se arranquen las orejas, se saque los ojos o toque los genitales. Las fajas utilizadas, los corsés, tablas de sujeción y cuerdas eran obviamente restrictivas de los movimientos infantiles y aparte de la incomodidad o dolor que les causaba les provocó, con toda seguridad, retardos en su desarrollo motor por limitación severa y prolongada de sus movimientos espontáneos. Algunos amarraban a los niños a mesas o sillas para que no se arrastren como animales. Eran épocas muy complicadas para la niñez por la falta de conocimientos y estudios sobre fisiología y desarrollo psicomotor del organismo en crecimiento y desarrollo. La empatía entendida como sentimiento o capacidad de identificarse con algo o alguien y compartir sus sentimientos no era observada en la relación padre hijo de épocas anteriores, más de 100 generaciones impasibles envolvieron a sus hijos e impasibles les vieron protestar a gritos. Un lento proceso evolutivo de la indicada relación, que tomó muchas generaciones, mejoró la interacción y se pudo advertir que tales envolturas eran del todo innecesarias y se puso fin a 2000 años de tales torturas.

Los niños en la Biblia

No se puede pasar por alto, al examinar la situación de la niñez a través de los tiempos, una revisión, aun cuando sea sucinta de la Biblia. Son numerosas, muy numerosas, las representaciones artísticas de Jesús rodeado de niños sin embargo, en el libro de los libros, pocas son las escenas apacibles que se pueden rescatar. Es clásica la referencia encontrada en el Evangelio según San Marcos (que seguramente sirvió de inspiración a los artistas de todas las épocas para recrear la imagen con los niños: *“¹³Y le traían niños para que los tocara; y los*

6. DeMause, L.. (1982); Historia de la infancia. España: Alianza Editorial.

discípulos los reprendieron.¹⁴ Pero cuando Jesús vio esto, se indignó y les dijo: Dejad que los niños vengan a mí; no se lo impidáis, porque de los que son como éstos es el reino de Dios. ¹⁵En verdad os digo: el que no reciba el reino de Dios como un niño, no entrará en él. ¹⁶Y tomándolos en sus brazos, los bendecía, poniendo las manos sobre ellos” En el mismo libro (Mateo 18:2-6) se leen unos versículos utilizados por Jesús para poner a los niños como ejemplo de lo que deberían hacer los adultos para alcanzar el reino de los cielos y advierte un castigo ejemplar, muerte por ahogamiento, para el que se atreva a cometer alguna falta con ellos: *“²Y El, llamando a un niño, lo puso en medio de ellos, ³y dijo: En verdad os digo que si no os convertís y os hacéis como niños, no entraréis en el reino de los cielos. ⁴Así pues, cualquiera que se humille como este niño, ése es el mayor en el reino de los cielos. ⁵Y el que reciba a un niño como éste en mi nombre, a mí me recibe. ⁶Pero al que haga tropezar a uno de estos pequeñitos que creen en mí, mejor le sería que le colgaran al cuello una piedra de molino de las que mueve un asno, y que se ahogara en lo profundo del mar”*. Estos pasajes que bien pudieron cambiar la suerte de los niños en esas épocas, constituyen apenas orientaciones que se pierden en medio de numerosas referencias encontradas (más de 2000) que dan cuenta de sacrificios y lapidación de niños, azotainas, castigos y exigencias de obediencia estricta a su padre, sobre todo. No hay, según escribe DeMause ni una sola que revele empatía respecto de sus necesidades.

Lo relatado, no significa falta de amor a los hijos, si los amaban, obedecían las orientaciones y modas de la época resultantes de las interpretaciones prevalentes de los códigos y versículos de los libros religiosos. Ceñían sus acciones y quizá exageraban cuando conocían cosas como estas: *“La necedad está ligada al corazón del niño, la vara de la disciplina la alejará de él”* (Proverbios 22:15). Las manifestaciones de ternura se daban con mayor frecuencia e intensidad cuando los niños no pedían nada o estaban dormidos. Es en el momento de la muerte cuando el padre, antes incapaz de empatía, se lamenta y recibe en el año 1400 la reprimenda que se transcribe para tener una pista del ambiente reinante: *“Le amabas pero nunca usaste de tu amor para hacerle feliz; le tratabas como a un*

*extraño más que como a un hijo. Jamás le diste una hora de descanso... Jamás le besaste cuando él deseaba; le hacías soportar la escuela y muchos y duros golpes”*⁷

En verdad no les faltaba capacidad de amar, les faltaba madurez afectiva para mirar al niño como personas distintas a ellos e independientes de sus propias necesidades proyectadas. Si el niño se define como *una unidad bio, psicosocial y espiritual en crecimiento y desarrollo*, es bueno consignar el hecho de que estos pequeños seres trabajaban, actuaban de sirvientes en sus hogares o en casas ajenas y atendían a sus padres lo cual, en muchas ocasiones, era motivo de su salvación y a veces de su muerte porque, al hacerlos dormir junto a un adulto se los podía asfixiar por aplastamiento inadvertido aunque, esta explicación, también se utilizaba para ocultar infanticidios.

Infanticidio

El infanticidio era, probablemente un hecho muy común desde la prehistoria. Los arqueólogos han excavado miles de huesos de niños sacrificados, a menudo con inscripciones que identifican a las víctimas, primogénitos de familias nobles, que se remontan a 7 mil años a.C. En Roma se trataba incluso de una práctica clandestina porque había hombres interesados en el tuétano de la pierna y el cerebro de niños pequeños. Se daba muerte a los hijos del enemigo, a veces en gran número; los hijos de los nobles no solo contemplaban los infanticidios sino que ellos mismos vivían bajo la continua amenaza de muerte que dependía mucho de su propia suerte y de la situación y fortuna política de sus padres. A partir del año 374 se legisló como asesinato el infanticidio.

El neonato tuvo la suerte de tener alma solo a partir del año 1400 de la era cristiana. De aquí en adelante y como manera de evitar actos condenables, los padres, se decidían más a menudo por abandonarlos, cederlos a las amas de cría, internarlos en monasterios o conventos, entregarlos en adopción o mantenerlos en el hogar en situación de grave maltrato y abandono afectivo.

Se ha querido restar importancia al infanticidio, práctica común en el pasado, pese a las numerosas referencias de autores antiguos, afirmando que era un hecho cotidiano y aceptado. Los niños eran arrojados a los ríos, a zanjias y muladares,

7. di Pagalo Morelli, G. (1956): Preparada por V. Branca. Florence: Ricordi (ed). Citado por Lloyd DeMause.

abandonados en cerros y caminos, encerrados en recipientes de barro (vasijas) para que murieran de hambre. A todo niño con alteraciones de forma o tamaño, que llorare demasiado tarde o demasiado poco o que no cumpliera con los requisitos determinados en obras médicas del pasado, como digno de ser criado, se le daba muerte.(De Mause)

La situación de los niños cambia un poco

En el siglo XVIII ocurrió la gran transición de las relaciones entre padres e hijos, hubo mayor acercamiento por el deseo de controlar el interior de los niños, dominar su mente, sus rabietas, su voluntad, sus necesidades y castigar la masturbación. Eran amamantados por sus madres, no eran fajados, no recibían enemas para examinar sus entrañas, se rezaba con ellos pero no se jugaba con ellos, se los azotaba de modo ocasional y se los amenazaba para que obedecieran. Se los consideraba menos peligrosos, mejoró la empatía y *surgió la pediatría* con lo cual mejoraron los cuidados infantiles, se redujo la mortalidad infantil y se sentaron las bases para la transición demográfica observada durante este siglo. A continuación se hizo lo conveniente para formarlos, guiarlos, orientarlos por el buen camino, dotarles de recursos para la progresiva adaptación y socialización con participación más activa de los padres. En las décadas siguientes se afirmaron principios inspirados en la historia social concebidos por educadores, médicos, sociólogos y demás profesionales humanistas. Se modificó la percepción de la infancia, se impuso poco a poco la separación adultos/niños a la vez que se hizo realidad la especificidad infantil al surgir imperativos de carácter religioso y político, demográficos y sociales con fuerza suficiente para imponer la concepción moderna de infancia. La instalación progresiva del estado medio o futura burguesía jugó su papel en estos cambios porque depositó esperanza en el futuro y en los hijos la fuerza del porvenir.

Las nuevas formas de distribución del poder social generaron intercambios afectivos y encuentros de familiares, vecinos, amigos y niños que cambiaron la socialización de las generaciones jóvenes dando a la educación de los hijos un lugar significativo, mejor que en el pasado. Las constantes modificaciones sociales, la progresiva división del trabajo, la creciente urbanización y la

competitividad por mejores condiciones de vida establecieron nuevas formas de relación y comportamientos regulados con estrictez. En los nuevos escenarios asentaron, en últimas décadas del siglo XVIII, numerosas teorías y prácticas tanto psicológicas como médicas y pedagógicas para proclamar que el niño no es un adulto pequeño porque se organiza en diferentes y sucesivos estadios gracias a su continua transformación. La medicina, lo mismo que otras actividades como la pedagogía, la psicología y otras afines encontraron un nicho para investigar y desarrollar nuevas visiones sobre la niñez y sus problemas específicos e implementar estrategias para cuidar y estimular al máximo la salud de su crecimiento y desarrollo bio, psico, social y espiritual.

La Pediatría, ha resultado a la postre, una disciplina cuya finalidad es ocuparse de la salud de los lactantes, los niños y los adolescentes en aspectos relacionados con su crecimiento y desarrollo apoyando la posibilidad de que logren todo su potencial como adultos. Para esto a más prestar atención a los órganos, sistemas y procesos biológicos específicos deben preocuparse de las influencias ambientales y sociales que impactan en la salud física, emocional y mental así como en el bienestar de los niños y sus familias. También deberían actuar como defensores de los niños sin tomar en cuenta cultura, religión, sexo, origen étnico ni su procedencia local, provincial o nacional. Los niños no pueden defenderse a sí mismos y cuanto más desprotegida sea una población mayor será la necesidad de defender a los niños.

Enfermedad: Primeras explicaciones

Desde muchos años atrás, y en ciertos conglomerados humanos de ahora inclusive, los dolores, males y enfermedades se han considerado y consideran causados por los dioses, los malos espíritus o la penetración (posesión) de algún demonio en el cuerpo de la persona, la medicina, por estos motivos, ha ido de la mano de la religión o de la magia y si bien se utilizaron drogas, estas tenían, según el parecer de esos tiempos, un efecto desagradable para el demonio poseedor más que una acción benéfica sobre el organismo. La oración y el sacrificio jugaban su papel por encontrarse entremezcladas con la medicina. El médico podía ser llamado con el propósito de aplacar o derrotar a un poder

maligno como para aliviar una dolencia, una herida o reparar un miembro roto confiando en su habilidad y las tradiciones profesionales. La cirugía progresaba más en unos sitios que en otros. En Egipto por ejemplo, gracias al embalsamamiento que exigía la religión hubo mayores oportunidades de conocer y estudiar el cuerpo humano, reconocieron los órganos y se atrevieron a relacionarlos con algunos trastornos; ciertas pérdidas de dominio sobre partes del aparato locomotor u otras partes del organismo se atribuyeron a lesiones cerebrales, sin embargo, el corazón les pareció el más importante al punto de mantenerlo, con el mayor cuidado, en su sitio durante la tarea de embalsamar los cuerpos porque supusieron que por los vasos no circulaba sangre sino aire, agua, mucosidades, semen y otros humores.

Los escritos más antiguos sobre enfermedades infantiles, marcados por un gran contenido mágico religioso, provienen del 2100 a.C. y se encontraron en Nippur (Mesopotamia). Son tablillas de arcilla con escritura cuneiforme, parte de un libro dedicado al cuidado y tratamiento de los niños. En el antiguo Egipto “*abundaban*” los doctores dedicados más bien a una ocupación teórica, eran los llamados “iatrosofistas” dedicados a establecer teorías acerca de la etiología de los padecimientos y encontrar los tratamientos más efectivos sin contar con experimentación alguna. Papiros escritos entre los años 1600 y 1450 a.C. hacen referencia al nacimiento del niño y ciertas enfermedades de la infancia.^{8,9}

En los siglos V y IV a.C. se desarrolló una nueva tradición asociada a las ideas de Hipócrates de Cos un meticuloso observador que, en opinión de algunos, había separado la medicina de la filosofía, se ocupó de los efectos del clima y del medio ambiente tanto en la salud física como psicológica y de la enfermedad sagrada (la epilepsia) atribuyéndola a causas naturales, no divinas. Pregonó la purga del cuerpo con sangrías o laxantes para restablecer el equilibrio perdido y la salud. También enseñó a observar de modo atento el cuerpo, la postura, la respiración, el sueño, la orina, las heces, los esputos, las lesiones de cualquier tipo y más detalles para diagnosticar las enfermedades. Muchos no le consideran famoso por estos aportes sino por el juramento adoptado por su escuela que coloca al

8 Disponible en: <http://www.egiptomania.com/literatura/westcar.htm>

9 De Mause, LI. (1982); Historia de la Infancia 1a ed. Madrid: Alianza Editorial. Pág. 471.

paciente en primer lugar y se opone a la administración de venenos, la práctica de abortos y ampara la confidencialidad de cuanto se conoce de los pacientes.

Había en Grecia interesados en los problemas infantiles aunque nadie se dedicaba en particular a ellos. Los cuidaban mediante la aplicación de un sistema y un concepto (Paideia) parecido a la Puericultura de estos días pero, a más de encargarse de la salud infantil, estaban empeñados en alcanzar las mejores personas griegas y para el efecto se les ofrecía también educación y toda la cultura helénica.

En Roma no había médicos dedicados solo a los niños; sin embargo, algunos como Aulo Cornelio Celso, en la época de Augusto, escribieron sobre el parto y el recién nacido.¹⁰

Gemelos, enfermedades y tratamientos entre los aborígenes

El nacimiento de gemelos provocaba diferentes reacciones entre los aborígenes. Unos pueblos los temían porque los asociaban con la maldición de volver estéril la tierra de la tribu; los padres para evitarse el desprecio mataban y hacían desaparecer de manera sigilosa a uno de los niños.¹¹ Otros festejaban el nacimiento de estas criaturas, las cuidaba todo el pueblo por considerarlas descendientes de los dioses o del trueno. *Esta es una de las pocas referencias sobre los problemas causados por determinados infantes y la protección ofrecida a otros según la orientación de las creencias comunitarias. Es una lástima no tener fechas y delimitación de épocas porque los gemelos han causado miedo, admiración y respeto o han constituido un enigma o han provocado fascinación desde la antigüedad baste mencionar a los famosos Apolo y Diana de la mitología, Jacobo y Esau de la Biblia, Alexander Helios y Cleopatra Selena los hijos de Marco Antonio y Cleopatra, Rómulo y Remo vinculados con la fundación de Roma.* Funcionaba para la explicación de los males orgánicos la oposición frío – calor. Los fríos eran causados por el aire terrestre, el aire acuático o el aire del inframundo debido a la penetración de seres del inframundo. Los calientes por el aire solar y por posesión de seres celestes. Las *enfermedades del susto* eran, más bien un conjunto de patologías pues el shamán más que distinguir características

10. Sutcliffe, J., Duin, N. (1993); Historia de la Medicina. 1ª ed. Española. Barcelona: Blume.

11. Disponible en: <http://kuprienko.info/la-extirpacion-de-la-idolatria-en-el-peru-autor-arriaga-pablo-jose-de-1564-1622/10/>

propias de los padecimientos se preocupaba de asignarla a uno o más acontecimientos que precedían a la enfermedad. Las explicaciones eran más bien coincidentes con causas fortuitas o atribuidas a la voluntad de las deidades o la maledicencia de los brujos.

Las enfermedades endémicas se combatían con hechizos, conjuros y dietas rigurosas que a veces causaban la muerte por inanición. La dieta era obligatoria para toda la familia del enfermo porque, según se creía, de no cumplirse esta exigencia era imposible recuperar la salud del enfermo. *Los niños fueron sin duda víctimas inocentes de estas indicaciones, la privación de alimento en épocas de crecimiento tiene efectos devastadores sobre la nutrición y de alcanzar cierta severidad causa la muerte.* Cuando se trataba de pestes mortales como las que trajeron los españoles y que diezmaron a los indígenas, se generaba y difundía tanto horror entre los aborígenes quienes, al descubrir los primeros síntomas de la dolencia huían lejos de sus hogares y dejaban al enfermo solo, desvalido, sin auxilio y sin remedios.

Los niños en el incario también eran víctimas de la costumbre de ofrecer sacrificios a los dioses e ídolos; para el efecto, eran seleccionados niños de ambos géneros, hermosos, sin lepra, sin manchas ni cosa fea en el cuerpo. Se recogían de todas las regiones porque los sacrificios eran necesarios para tener salud, buenos maizales y buen suceso en todo.

La escasez de información específica hace suponer conductas ante la situación y enfermedades de los niños. Lo más probable es que se los haya tratado como adultos pequeños ante la similitud de algunos síntomas como la fiebre, la diarrea, la tos, los granos en la piel y los vómitos. Si eran sometidos a las mismas terapéuticas con seguridad sufrieron lo indecible al ingerir pócimas y preparados emetizantes o causantes de intensa sudoración o medidas dolorosas con resultados más malos que buenos.

Fundación de hospitales

Medió más de un siglo entre la inauguración del Hospicio de Enfants Trouvés (1640) y el Hospital para Huérfanos de Londres (1741) y, pasarían 28 años más para la apertura, en esta misma ciudad (1769), de un dispensario para los niños

pobres que en esta época eran solo beneficiarios de acciones de filantropía y no recibían una atención comprometida para controlar su salud por parte de las instancias oficiales. Fue en el siglo XIX (1802) cuando se abrió en París el primer hospital pediátrico (**Hôpital des Enfants Malades** (*Hospital for sick children*),¹² el primero del mundo occidental, por iniciativa del *Conseil général des Hospices* que marcó un hito en la historia de la atención a la niñez a cargo de la Asistencia Pública y abrió un sendero de esperanza y mejores días para quienes habían sido preteridos en materia de salud.

Cincuenta años después inició sus actividades el segundo hospital para atención infantil, el Great Ormond Street Hospital (1852), en la ciudad de Londres y dos años más tarde se fundaron los primeros centros pediátricos en los Estados Unidos, el New York Nursing and Child Hospital y el Childres's Hospital of Philadelphia.

La fundación española de San Francisco de Quito ocurrió el 6 de diciembre de 1534 en esta ciudad habría de fundarse el Hospital de la Santa Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo el 9 de marzo de 1565 cuando el Licenciado Don Hernando de Santillán presidía la Real Audiencia de Quito y Don Felipe II ostentaba la Real Corona Española. La misión del Hospital era la de acoger y curar a los pobres naturales aunque también asistía, en áreas distintas, a enfermos españoles en salas separadas para hombres y mujeres. Para colaborar en las tareas que debía desarrollar el hospital y administrar el establecimiento se instituyó una Cofradía y Hermandad de la Caridad y Misericordia que también contó con damas españolas llegadas a la ciudad que a la sazón tenía 1200 habitantes y carecía de un albergue público para atender enfermos, menesterosos, huérfanos, heridos, agonizantes y peregrinos. Se mira con claridad que cumpliría más acciones de caridad y de filantropía pues no había médicos, los trabajos con pacientes estaban a cargo de barchilonas, barberos, sacamuelas, flebotomistas y boticarios en una población muy afectada por pestes y otras enfermedades culpables de una alta mortalidad. *Es de suponer que los niños beneficiarios de alguna caridad pertenecían a grupos marginados de la sociedad y desde luego no había gente con conocimientos especiales para atenderlos. Lo que*

12. Hôpital Necker – Enfants Malades. Disponible en:

http://en.wikipedia.org/wiki/Necker-Enfants_Malades_Hospital

Link: <http://hopital-necker.aphp.fr/>

seguramente resultaba perjudicial para los infantes era su permanencia entre personas que desconocían las más elementales prácticas higiénicas y convirtieron a la casa en un centro de beneficencia donde los vulnerables niños encontraban asilo más no asistencia médica. Para la gran mayoría el ambiente debió ser pestífero y perjudicial para su salud, sobre todo por la presencia de enfermos con males contagiosos, difíciles de evitar en tales circunstancias.

En 1785, en la misma línea de prestar asistencia a las clases menesterosas se fundó el Hospicio de Jesús, María y José, segunda casa de beneficencia situada en el centro de la ciudad, destinada a recibir en tres departamentos separados a mendigos, niños huérfanos, leprosos y enfermos de elefancia con la obligación de mantener hombres y mujeres separados. Al departamento de mendigos llegaban todos los recogidos de la ciudad y eran obligados a trabajar a medida de sus fuerzas, si no estaban imposibilitados.

Cabe preguntarse, si en las condiciones descritas, más la falta de recursos para atender su alimentación y nutrición, los niños tenían opciones ciertas de recuperar su salud o de alcanzar un desarrollo acorde con sus potencialidades.

En Quito, lo mismo que en todas las ciudades y parroquias ecuatorianas, el parto se atendía a domicilio, el hospital y el hospicio carecían de condiciones médicas y sanitarias para hacerlo. Las parteras iban de casa en casa para asistir en los partos sin aplicar norma alguna de prevención de infecciones con resultados desastrosos para las mujeres que muchas veces sufrieron de fiebre puerperal. A causa de esta y otras infecciones tanto la mortalidad materna como neonatal alcanzaron cifras muy altas.

Medicina en la Colonia

El territorio que comprende el actual Ecuador estuvo colonizado por españoles entre 1534 y 1822. Los primeros años, los de la conquista, fueron años de caos, desbordantes de lucha y muerte, de luchas fratricidas. Desapareció buena parte de la población indígena, los sobrevivientes eran comprados y vendidos, asesinados a punta de azotes, esclavizados si no habían muerto ahorcados o de hambre. La raza fue subyugada sin que nadie se preocupara de alcanzar medios

para contrarrestar males físicos. La muerte destrozaba sin piedad conquistados y conquistadores.¹³

América fue asolada por verrugas, fiebres, paludismos, tabardillo (tifus exantemático), garrotillo (difteria laríngea), sarampión, pasmo (tétanos) y las tristemente célebres viruelas convertidas en instrumentos pasivos que coadyuvaban al éxito de los españoles y al despoblamiento del continente por la muerte de varios millones de indígenas. Las costumbres y las formas de vida contribuían a la propagación y contagio de pestes y epidemias que atacaron sin respetar raza, sexo ni edad desde mediados del siglo XVI. Las viruelas fueron traídas al continente americano donde los aborígenes mostraron una extrema predisposición que favoreció la propagación de la enfermedad con increíble celeridad. *Miles de niños fallecieron por esta causa*. Pese a la gravedad de las epidemias la búsqueda de remedios fracasaba por diferentes motivos y se recurría a las rogativas y procesiones para combatir y exterminar al agente responsable del mal. Las aglomeraciones en las pequeñas iglesias, bajo cuyas bóvedas estaban muchos cadáveres mal sepultados, contribuyeron a la propagación de la enfermedad y agravamiento de las epidemias. Muy pocas autoridades consideraron deficientes todas las prácticas religiosas y solicitaron estudios y planes curativos para difundirlos entre el pueblo. En cambio, el Viejo Mundo, había alcanzado un alto nivel y se había preocupado mucho por este problema de salubridad universal alcanzando la variolización y la vacuna que marcaron una nueva época en la historia médica. La inoculación artificial de la viruela se conoció en la Audiencia de Quito en 1777, su uso generó controversia en la que participó el Dr. Eugenio Espejo como ardiente defensor del procedimiento, explicable porque este notable médico de la colonia sostuvo que la viruela y el sarampión se debían a causas naturales, microorganismos a los que denominó “*moléculas o atomillos vivientes*”, postuló su contagiosidad y recomendó el aislamiento de los pacientes y la toma de medidas higiénicas y sanitarias oportunas para evitar la propagación de las pestes. El sabio inglés Eduardo Jenner creó la vacuna que llegó a estos lares en julio de 1805.¹⁴ En el año siguiente, 1806, se vacunaron más de 50 niños en Guayaquil.

13. Arcos, G. (1979); Evolución de la Medicina en el Ecuador. Tercera Edición. Quito: Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.

14. Naranjo, P. La medicina europea después de Colón. Alternativas. Revista oficial de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Vol 6 (8).

A más de la viruela los niños padecían de las llamadas pestes que comprendían: sarampión, rubeola, escarlatina, cuarta enfermedad, tosferina y difteria causantes de alta mortalidad. La sífilis se propagaba entre los blancos y la blenorragia entre los indígenas, ambas con seguridad produjeron estragos entre los recién nacidos que también eran víctimas del *“mal de 7 días”* o tétanos por infección del cordón umbilical mal atendido; la mortalidad acompañante fue tan grande que se expidió una Real Orden Circular para obligar al uso de aceite de copaiba en el corte del cordón.

La atención médica mezclaba conocimientos de la medicina española, creencias de la medicina popular española y conceptos y prácticas de la medicina aborígen que en última instancia daban un surtido de elementos médicos naturales, unos cuantos conocimientos científicos y muchas esperanzas y creencias sobrenaturales. Esto explica la existencia de curanderos, sangradores, herbolarios o botánicos, comadronas, sobadores, médicos con limitados conocimientos de la medicina científica, boticarios y frailes en las actividades curativas de la época; incluso los médicos venidos de España aportaron poco debido a que procedían de zonas o regiones en las cuales la medicina estaba atrasada.

La preocupación por fundar hospitales se concretó en Riobamba, Cuenca y Guayaquil. Eran como el San Juan de Dios de Quito, albergues que no influyeron en el progreso de la medicina por dedicarse al ejercicio de la caridad con los pobres y menesterosos. Eran instituciones pobres, mal equipadas y atendidas. A esto se debe añadir la crítica de Eugenio Espejo a los médicos de su tiempo a quienes colocaba en la lista de *“gentes”* que causan *“daño universal y público”* y aseguraba: *“No hay peste tan devorante que se los parezca ni contagio tan venenoso a quien se les pueda comparar”* Su crítica no se refería sólo a su práctica, sino a sus ideas atrasadas y a su escasa formación científica sino también al sistema de enseñanza médica porque no había *“escuelas públicas, no hay profesores científicos”*.¹⁵

Al comparar estos hechos con los ocurridos en Europa en el mismo período no queda duda alguna de las claras y enormes diferencias entre la atención médica ofertada en el Viejo Continente y la otorgada en las tierras colonizadas de la

15. Citado por Estrella E. (1980); Medicina y Estructura Socio Económica. Quito: Editorial Belén.

Audiencia de Quito. Tampoco hay duda de que las abismales diferencias obedecían a las realidades socioeconómicas y culturales radicalmente distintas en esas épocas. También es indispensable consignar que al final del período analizado las comunidades americanas estaban alborotadas por los afanes independentistas que habían calado hondo entre los oprimidos y sojuzgados ciudadanos de los virreinos, de las audiencias y departamentos colonizados. El grito de libertad dado en Quito repercutió en el corazón de los pueblos hermanos y convulsionó con ideas y pensamientos de libertad la vida de las ciudades. En los años siguientes las batallas por la independencia se dieron en algunos lugares de la Audiencia de Quito, culminaron el 24 de mayo de 1822, durante este período existió, como es fácil suponer, gran inestabilidad en todos los órdenes y no había lugar para la medicina científica. Predominó la medicina de guerra y hacia allá se orientaron todos los esfuerzos.

Es llamativa la falta de referencias sobre la atención de los niños. Apenas se han consignado unos dos o tres datos o eventos que informan muy poco sobre la verdadera situación de la niñez en esos años. En todo caso la mortalidad era alta y el manejo, en todos los aspectos, deficiente. Los médicos con una formación criticada con mucha fuerza por sus fallas tanto en la formación como en el manejo y tratamiento de adultos quizá fallaron más con los infantes, debido a las especiales características y desafíos que plantea el organismo en crecimiento y desarrollo.

En el Ecuador se daban los primeros pasos y las primeras preocupaciones por darle un contenido científico a la incipiente obstetricia cuando en Europa, adelantados como andaban, dieron demostraciones de genuinos progresos en favor de los pequeños ciudadanos y pacientes al iniciar en 1870 una cruzada por la niñez, reconocida a esas alturas de la historia, como la fracción más vulnerable de la sociedad y la más necesitada de asistencia. El "Infant Welfare Movement" se inscribió en una época en que las enfermedades cobraban muchas víctimas mortales o dejaban numerosas secuelas entre los sobrevivientes. Se consideró, a la etapa infantil, como el período fértil para la aplicación de medidas preventivas capaces de abatir los índices de morbilidad y mortalidad. La iniciativa se extendió

*a muchas regiones, perduró largo tiempo y produjo muchos beneficios al rescatar niños de la explotación industrial, de la negligencia debida a ignorancia e indiferencia y los protegió de los ataques devastadores de enfermedades prevenibles-*¹⁶

En julio de 1892 murió sin herederos la partera Juliana Vallejo, el Dr. Tobar, Rector de la Universidad, solicitó a las autoridades, para utilizar como maternidad la casa y los bienes de la difunta pero, los parientes lejanos de la señora entablaron juicio que terminó entregando la casa a la Sra. Juana Miranda para arreglar en ella la Maternidad, 78 años después de fundada la Maternidad de París, la obra con las reparaciones necesarias concluyó en 1899 y empezó su funcionamiento bajo la dirección del Dr. Ricardo Ortiz. El estudio de la obstetricia era desdeñado, se consideraba un oficio degradante para el ejercicio de un médico y adecuado solo para que la practiquen mujeres sin mayor preparación ya sea por las ideas preconcebidas de un pudor malentendido o porque los profesionales la consideraban secundaria y accesorio. *Nada más equivocado! La especialidad está involucrada con el presente y el futuro de la especie, obliga a poseer conocimientos para entender el curso de la gestación, la participación de la mujer y los peligros que corre cuando hay complicaciones antes, durante y después del parto así como exige saberes en torno a la vida del feto y sus posibles alteraciones por la toma de decisiones equivocadas en estos momentos cruciales de la vida. Mejorar la calidad de la reproducción humana ha sido una constante en el devenir histórico de la medicina.*

El hospital “Alejandro Mann” y su cambio de nombre

El 29 de enero de 1888 la M.I. Municipalidad de Guayaquil, presidida por el Dr. Francisco Campos Coello, entregó una de las primeras obras a favor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil: el edificio donde funcionaría el “Hospital Civil”.

Este edificio fue ampliado y mejorado sucesivamente y para el año de 1894 tenía como anexo un anfiteatro y una maternidad. La edificación fue afectada por un incendio de 15 horas de duración el 16 de Julio de 1902. La emergencia supuso un enorme y solidario esfuerzo para salvar a los pacientes hospitalizados, Se evacuó a 500 enfermos y el hospital quedó reducido a escombros.

16. McCleary, G.F. (1932); The Early History of the Infant Welfare Movement. London: NK Lewis & Company.

La Junta de Beneficencia rehabilitó el hospital con el aporte decidido del ciudadano alemán don Alejandro Mann, que colaboró con su fortuna y conocimientos de ingeniería civil. También hubo contribuciones de la propia Junta y de don Alejandro Calixto Romero.

El hospital se llamó con toda justicia “ALEJANDRO MANN”. Tenía salas para niños, medicina, cirugía y maternidad y fue puesto al servicio de la comunidad el 31 de marzo de 1903. En 1924 la atención general pasó al sitio donde hoy está el Hospital Luis Vernaza pero mantuvo su atención de maternidad y de niños.¹⁷

El 14 de septiembre de 1948, se inauguró la Maternidad Enrique Sotomayor, y desde ese día, el Hospital Alejandro Mann se dedicó exclusivamente a la atención pediátrica, con un nuevo pabellón para Cardiología.

El nuevo edificio se terminó de construir en 1999, inició su servicio a la comunidad el 17 de enero del 2000, fue inaugurado oficialmente el 9 de octubre de ese año y rebautizado como “Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Tal como se lo proyectó, este hospital es el más moderno del Ecuador, con tecnología de punta y capacidad para resolver casi todos los problemas de salud que afectan a sus usuarios.

Por sus salas y quirófanos pasaron médicos como: Francisco de Ycaza Bustamante, Modesto Carbo Noboa, Enrique Hurtado, Flor Falconí Villagómez que impulsaron la pediatría en esta ciudad. Estos maestros formaron a numerosos discípulos que siguieron una tradición que hizo del hospital de niños ejemplar en humanismo y atención a la niñez de pocos recursos económicos del Ecuador.¹⁷

Avances a finales del siglo XIX

Alimentar niños, sobre todo prematuros enfermos, ha planteado de siempre varios desafíos que se han ido superando poco a poco. Todos los profesionales de esta época no creyeron en la utilidad de la leche materna para alimentar a tales niños, Rotch por ejemplo, creyó que la mejor forma de hacerlo era con fórmula modificada y preparada con esmero y cuidado en un laboratorio de leches.¹⁸ Él supuso tener un alimento superior a la leche materna y anticipó que obtendría una

17. El Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Disponible en:

<http://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/nosotros/historia>

18. Muñoz-Pradas, (2010) F. Milk depots and the historical infant mortality decline in Spain (1890-1936). European Population Conference Vienna, Austria 1-4 September. Session Infant and child Mortality and fertility: reproduction in 19th and 20th century Europe

franca reducción de la mortalidad. La enfermedad diarreica en niños alimentados con leche de vaca fue objeto de numerosos estudios a fines del siglo XIX e inicios del XX, se relacionó de modo claro a la leche impura y contaminada con la diarrea y otros trastornos digestivos serios. Philipp Biedert en 1882 fue el primero en esterilizar la leche sometiéndola a baño maría durante 2 horas, en un recipiente cerrado con hermetismo y conteniendo agua a 100 grados centígrados.¹⁹

En el Reino de Quito todos tenían opción a la supervivencia y protección a base de los naturales cuidados del recién nacido lo que implicaba lactancia materna. En la Maternidad de Quito no se prepararon fórmulas de ningún tipo porque se conservó la costumbre de la lactancia materna de neonatos alojados junto a sus madres. Hubo, sin embargo, en el siglo XX, introducción de biberones, leche de vaca líquida y tarros de leche en polvo cuya defectuosa preparación, sin observar normas higiénicas, propició cuadros de diarrea aguda con sus conocidos efectos en la nutrición y la mortalidad.^{20,21} El 11 de mayo de 1920 se fundó la Gota de Leche en Quito con la participación de los doctores Gabriel Araujo Miranda (hijo de Juana Miranda), Isidro Ayora, Ricardo Villavicencio, Aurelio Mosquera Narváez y de un grupo de damas de la sociedad pudiente de la capital.

La Maternidad de Quito inició su funcionamiento en 1899 y no se sabe si hubo incubadoras y demás equipos necesarios para la atención de los neonatos que seguramente, como ocurrió al comienzo en muchas partes, estuvieron a cargo de los cuidados y tratamientos ofrecidos por las comadronas o los médicos obstetras. En el país apenas en 1901 el gobierno de Eloy Alfaro becó al Dr. Julio B. Vásconez para que asistiera a New York a formarse en Pediatría con el compromiso de retornar al país a ofrecer atención a los niños y enseñar a los alumnos de la Facultad de Medicina de Quito. Transcurrieron 6 años más para que se incorporara la cátedra de Pediatría en el pensum de dicho centro de estudios. En 1909 el Ecuador tenía 236 médicos y 87 farmacéuticos. La relación era de 1.5 profesionales por cada 10000 habitantes, número muy reducido para la atención cotidiana y desesperadamente bajo para el manejo y control de epidemias como la

19. Botch T. M.: (1889); Infant Feeding-Weaning. In Keating, J. M. (ed.): Cyclopaedia of the Diseases of Children, Medical and Surgical vol. 1 Philadelphia: Lippincott . Pág. 270-329.

20. Biedert, P. (1880) Die Kinderndhrung im Sduglingsalter. Stuttgart: F. Enke, pág. 50.

21. Vásconez, F. (1995); Biopatología Andina y Tropical. Quito: Color Gráfica

de sarampión de 1889 que atacó a casi todos los niños de los hogares quiteños. Una obra de enorme trascendencia y valor para la salud de los quiteños fue la dotación de agua potable para su ciudad. En el año de 1912 los contratistas alemanes entregaron la obra que fue recibida por las autoridades de la ciudad.

En 1909 surgía en Berlín, Alemania la Fundación de la Kaiserin Auguste Victoria Haus para apuntalar la enseñanza y la investigación de la mortalidad neonatal. *Esto solo demostraba que Europa había tomado la delantera y aventajaba incluso a los Estados Unidos en la difícil carrera de comprender los complejos comportamientos del recién nacido.* Entre los años de 1830 y 1912 correspondientes a los primeros 82 de vida republicana, el Ecuador enfrentó una serie de epidemias: de viruela (1837,1888,1890), de sarampión (1837,1872,1888,1889) de fiebre amarilla en Guayaquil y otros lugares del litoral (1842,1853,1867,1877,1880,1883,1887,1893) de disentería en Quito (1843) Guayaquil (1852) de influenza y coqueluche (1890) que causaron numerosas muertes en la población infantil, sobre todo la de viruela de 1888.

Pese a la frecuencia de las enfermedades de naturaleza infecciosa y la mortalidad que causaban, apenas en 1897 y mediante la ley de Instrucción Pública se creó la cátedra de Bacteriología.

Los hospitales atendían pacientes de todas las edades pues no hay referencias específicas de un hospital para niños. Los hospitales infantiles habían sido creados en 1802 en París, en 1852 en Londres y en 1854 en New York y Philadelphia y el Ecuador, a fines del siglo XIX, no tenía ni uno solo para este grupo poblacional. Los existentes en el país se debatían en medio de la penuria económica pues sus asignaciones llegaban tarde o nunca y las condiciones ambientales y sanitarias eran deplorables al extremo de que, en enero de 1896 por medio de un decreto supremo, se declaró obra nacional la canalización de Guayaquil.

La historia muestra una etapa de la vida republicana con un comienzo difícil de mucha inestabilidad por las ambiciones propias de los militares y políticos enfrentados por la captación del poder y ello, en alguna medida, interfirió con la implementación de medidas para mejorar la atención de salud. Pocos años antes

habían terminado las guerras por la libertad y los recursos económicos destinados a la atención de todo lo relacionado con ellas menguó el dinero necesario para arrancar la vida independiente, como nación soberana, luego de pertenecer por unos años a la Gran Colombia. La atención a la salud se mantuvo estacionaria pese a reconocerse algún cambio en la visión del enfoque al pasar de las explicaciones religiosas de la enfermedad a las científicas. Poco a poco ocurrieron cambios en la forma de ofrecer servicios desde la trinchera de la caridad al modelo auspiciado por la asistencia pública reforzado de manera especial a fines del siglo XIX e inicios del XX por la revolución liberal. La situación pese a todo continuaba muy complicada: las viruelas de modo periódico diezmaban a las poblaciones debido a la descuidada aplicación de la vacuna, la falta del biológico o la mala calidad del mismo por una deficiente conservación o porque los habitantes la rechazaban. El sarampión, la tifoidea y fiebres relacionadas aparecían de tiempo en tiempo con brotes mortíferos no controlables por la miseria colectiva y la falta de recursos públicos. El panorama sanitario era deplorable, las calles de las ciudades desaseadas, las letrinas mal construidas y los indígenas desnutridos eran víctimas de enfermedades infecciosas como tuberculosis y las mencionadas en líneas previas.

Para atender durante las epidemias era escaso el número de médicos en todo el país pues se estimó la existencia de 81 en 1863 y para el año de 1894 en Quito había 72 médicos, 5 dentistas y 5 boticas. Nada de médicos dedicados al cuidado de los niños, eran unos generalistas y atendían de todo y a todos. Los medios disponibles eran muy limitados, el estetoscopio recién se introdujo en 1886.

Período de 1912 al 2000. Reflexiones sobre el Ecuador de la época

El desarrollo del prototipo de la familia moderna, desde finales del siglo XIX propició un ambiente de ternura y responsabilidad de los adultos en favor del bienestar de los niños y alrededor de esta conducta se generó una definición biológica y no cultural de la infancia. Esta visión recaló en el Ecuador y determinó el comportamiento de la sociedad en la primera mitad del siglo XX.

El Ecuador atravesó desde 1910, debido a la Primera Guerra Mundial, una grave crisis económica por la disminución de la demanda del cacao ecuatoriano en los

mercados extranjeros y la importación de productos de primera necesidad y de lujo; esto determinó el fomento de políticas para estimular la producción agrícola serrana a fin de abastecer el mercado costeño, y el aumento de la producción textil. Al terminar la guerra la exportación cacaotera no se recuperó debido a enfermedades en las plantaciones y a la competencia, deteriorándose el modelo agroexportador auspiciado por las reformas liberales. Esta situación fue superada alrededor de 1950 con la producción y exportación de banano, hechos que dinamizaron la economía del país, el ascenso de grupos medios, la expansión de la administración pública y el comercio. En 1960 reapareció la crisis a causa de la disminución de las exportaciones de banano, la crisis social estuvo agravada por movilizaciones campesinas y protestas antimperialistas. Hubo ansiedad y preocupación en las clases dominantes por el posible deterioro del desarrollo nacional y crisis de subsistencia en los grupos pobres de la población. Las altas tasas de mortalidad infantil se relacionaron con peligros sanitarios en general.

Con el liberalismo se introdujo la “civilización”, que se manifestó en la vida cotidiana a través de la preocupación por la higiene, la lucha contra las enfermedades, el aseo del cuerpo y de la casa, el respeto a la personalidad del niño y la convivencia según las pautas de la cortesía, la gimnasia y la educación sexual. La “civilización” debe entenderse como la libertad económica y cultural de vivir cómodamente y la higiene representa el elemento clave de esta comodidad.²²

Una muestra de esta concepción civilizada es una publicación, dedicada a la Sociedad Protectora de la Infancia, aparecida en 1914 con el nombre de Cartilla Higiénica de Puericultura escrita por el Dr. Alfredo Espinosa Tamayo.

Se abrieron algunas **instituciones públicas y privadas** dedicadas a la protección de la infancia y la atención de los médicos se orientó, cada vez más, a los problemas de la salud infantil. *“En Quito, el Dispensario gratuito para niños pobres fue creado en 1913; la Sociedad Protectora de la Infancia en 1914; el Instituto Municipal de Vacunas, la sociedad privada La Gota de Leche,²³ orientada hacia la promoción de la lactancia materna y la distribución de leche esterilizada, se fundó*

22. Noboa, E., Regalado, J.F. (2003) Percepciones socioculturales y representaciones acerca de la niñez en Ecuador. Investigación realizada para El estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador, de la Fundación Observatorio Social del Ecuador y UNICEF.

23. Clark, K. (1995); “Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador, 1910-1945” en Palabras del silencio: Las mujeres latinoamericanas y su historia. Quito: Abya-Yala. Pág. 223

en 1920; la primera Casa Cuna (donde las mujeres podían dejar a sus hijos durante el día laboral) se estableció dentro del Asilo Antonio Gil en 1921”²³. En Riobamba la Gota de Leche se inauguró en 1939 gracias al entusiasta trabajo de un grupo de damas y caballeros motivados por acciones en beneficio de los niños pobres. Al grupo se sumó un destacado médico de la localidad el Dr. Alfonso Villagómez Román.

En 1917 por iniciativa del Dr. Isidro Ayora se organizó la Escuela de Enfermeras de la Universidad Central, adscrita a la Facultad de Medicina. El paso fue trascendente porque se lograba agregar personal profesional capacitado en la integración del equipo de salud, mejorando de manera ostensible la atención de los enfermos. A partir de la Revolución Juliana en 1925 la educación ecuatoriana convirtió a la higiene en una prioridad. *“La higiene no solo se entiende como salud y fortificación del cuerpo, materializada en la educación por la creación de servicios de higiene, la introducción de la educación física y sexual y el desarrollo de los estudios antropométricos. Implica también el respeto de la personalidad y, en el ámbito educativo con la influencia de la escuela activa, el armonioso desarrollo de la psicología del niño”*²⁴

Fundación del Hospital Eugenio Espejo

Desde fines del siglo XIX se comenzó a gestar en Quito la idea de construir una nueva Casa de Salud. Las primeras ideas concretas de construir un nuevo hospital que apoye la gestión del antiguo San Juan de Dios aparecieron hacia 1890.

En 1901, la Junta de Beneficencia de Quito retomó el proyecto y emprendió una campaña altruista para concretarlo, consiguió apoyo de algunos filántropos como Mariano Aguilera, Alejandro Mosquera, Abel Guarderas y el aporte de la Municipalidad Quiteña.

Fue incuestionable el interés del presidente Eloy Alfaro por mejorar las paupérrimas escalas de salud y educación del país en esos días. El Presidente en 1908 en su mensaje a la nación se refirió, profundamente conmovido, a la pobreza de las instituciones hospitalarias y la necesidad imperiosa de tener los fondos para su funcionamiento propuso, para el efecto, utilizar los fondos de los bienes llamados de Manos Muertas.

24. Emmanuelle, Sinardet, “La preocupación higienista en la educación ecuatoriana en los años treinta y cuarenta”, en Bulletin de l’Institut Français d’Etudes Andines, tomo 28, No. 3, Lima, Ed. Gráfica Pacific Press S.A., 1999, p. 413

En 1933, el Presidente liberal Juan de Dios Martínez Mera inauguró el Hospital Policlínico Eugenio Espejo con una capacidad máxima de quinientas camas. El primer Director del Hospital fue Manuel Guzmán, el acto de inauguración fue el 24 de mayo pero abrió al público el 1° de agosto de 1933. Otros directores fueron Alfonso Romo Dávila, Abel Alvear, Manuel Arroyo Naranjo, Marco Armando Zambrano y Enrique Aray Cedeño.

En el bicentenario del nacimiento del patrono del Hospital Eugenio Espejo hubo una celebración solemne para colocar, el busto de este insigne ecuatoriano en la entrada del hospital; el discurso de homenaje estuvo a cargo del Dr. Enrique Garcés, médico y salubrista de altos quilates ²⁵

En el año de 1992 al finalizar el gobierno del Dr. Rodrigo Borja, se procedió a inaugurar las instalaciones del hospital, siendo Director el Dr. Jorge Andrade Gaibor y Subdirector el Dr. Fausto Villamar. Bajo la conducción del Dr. Miguel Serrano como Director el hospital funcionó de modo casi completo.

Desde el 10 de agosto de 1933 hubo un pabellón dedicado a la atención pediátrica y los niños de la capital tuvieron un servicio formal para internamiento y manejo de sus patologías más graves o llamativas. De los muchos nombres vinculados con la pediatría en el hospital se recuerdan algunos con enorme respeto y gratitud: Estuardo Prado, Gualberto Arias Salazar, Fausto Villamar, Renato Pérez Morgan, Fernando Aguinaga y N. Estupiñán.

Por estas épocas los médicos ecuatorianos alertaron sobre la posibilidad de disminuir la mortalidad infantil mediante la divulgación de las prácticas de higiene, enseñando las nociones indispensables para la crianza del niño de pecho y desterrando usos y costumbres inadecuados. Así, el aseo personal y escolar se asoció con la voluntad de cuidar la salud del niño con buena alimentación y combate a las enfermedades y epidemias con acciones educativas de fomento de la salud y educación física saludable. Al interés por el bienestar físico y corporal se sumó el interés por el bienestar psicológico, para lograrlo se promocionó la enseñanza integral física, intelectual y psicológica con el ánimo de lograr un espíritu sano en un cuerpo sano. Consecuente con estas ideas fue la fundación

25. Historia del Hospital Eugenio Espejo. Disponible en:
<http://www.hee.gob.ec/webhee2013/index.php/el-hospital/historia>

del primer colegio secundario femenino de Quito en el año de 1934 con el nombre de Gimnasio Educacional Femenino 24 de Mayo.

Hospital de Niños en Riobamba

En 1937 se fundó el Hospital de Niños de Riobamba el primero de su género en el Ecuador. La idea se había lanzado a propósito de la celebración del primer centenario de vida republicana en agosto de 1830. Se pretendía crear un asilo para mendigos y una clínica para niños a cargo de la Junta de Beneficencia Pública del Chimborazo. El proyecto se concretó en 1933 cuando el poeta Miguel Ángel León y el Dr. Alfonso Villagómez se encargaron de impulsarlo logrando que las señoras del Centro General de Cultura Social encabezadas por Margarita Dávalos de Treviño alcanzara, del Ilustre Concejo Cantonal, la aprobación de los planos y el permiso de construcción. En mayo de 1937 se inauguró el hospital con 2 salas de internación de 10 camas cada una y un pensionado con cuatro camas, una consulta externa, una pequeña botica, despensa, cocina, comedor y espacio destinado a la Gota de Leche. El primer Director fue el Dr. Alfonso Villagómez Román fallecido en 1939 atacado de peste bubónica. El hospital tomó este nombre como un justo homenaje a este profesional que dedicó sus mejores y desinteresados esfuerzos en favor de la niñez y la construcción de esta casa de salud.²⁶

El Baca Ortiz abrió sus puertas en 1948

El hospital de niños de la capital se haría realidad gracias a la iniciativa de los filántropos Baca Ortiz que no tuvieron descendientes directos. En su testamento del año 1912 encargaron al Cabildo Eclesiástico de Quito, la construcción y sostenimiento de un hospital para niños pobres. En dicho documento, Héctor Baca Miranda, dictó en una de las cláusulas, que esto se haga un tiempo después de la muerte de su esposa. Dolores Ortiz de Baca falleció en 1923.

El 10 de noviembre de 1948, la Junta de Administración del Hospital y el Director de Asistencia Pública, Dr. Alfonso Zambrano, nombraron presidente al Dr. Carlos Andrade Marín y se establecieron los fines del Hospital: *"Velar por el cuidado de los enfermos y mantener un alto nivel técnico y profesional"*. De acuerdo a la voluntad de los esposos, el hospital debía llamarse Nuestra Señora de Lourdes

26. Bonilla G.E. Hospital Pediátrico "Alfonso Villagómez Román" Historia Temprana. Riobamba 1929 – 1943. Riobamba. Archivo del Hospital.

pero la Junta decidió reconocer la filantropía y lo nombraron con los apellidos de los mentalizadores de la obra. Abrió sus puertas el 14 de julio de 1948 bajo la dirección del Dr. Jorge Vallarino Donoso.²⁷

Por más de medio siglo, y gracias a la decisión y preparación de sus médicos y de su personal de Enfermería, el Hospital Pediátrico Baca Ortiz se ha convertido en un símbolo de protección de la infancia, transformando en realidad las palabras de José Martí “No hay nada más importante que un niño”.

Para atender la creciente demanda de atención médica, se construyó en 1964 el segundo edificio de cinco plantas. Se constituía así en el mejor Hospital Pediátrico del país y centro de referencia nacional e internacional tanto por su capacidad cuanto por su eficiencia.

El doctor Bracho Oña, Ministro de Salud Pública, en ese entonces y profesional de la Familia Baca Ortiz, fue el motor decisivo para que en julio de 1988 el nuevo Hospital sea entregado al servicio de los niños del Ecuador.

Pediatras del hospital fueron profesionales tan distinguidos como los doctores: Luis Lalama que lo dirigió varios años, Washington Arias Beltrán, Luis Felipe Sánchez Astudillo, Raúl Pita López, el cirujano Luis Achig Marín, Jorge Sierra Segura, Nelson Dávila Castillo, Miriam Cabezas Murgueitio, Enrique Chiriboga Villaquirán, Dinor Gómez Baca, Julio Leguísamo Torres, Ramiro Estrella Cahueñas, Gustavo Manzano y muchos jóvenes más. La docencia encontró en este reducto de ciencia y saber amplios espacios para formar millares de médicos y centenas de especialistas que se han repartido por toda la nación para fomentar, curar y rehabilitar la salud de miles y miles de niños ecuatorianos.

La Maternidad Isidro Ayora fundada en 1951

En 1909 regresó de Alemania el Dr. Isidro Ayora y en 1910 fue nombrado Director de la Maternidad que funcionaba en unos cuartos de la Quinta San Vicente de Paúl de las Hermanas de La Caridad, mientras se remodelaba la casa de la Loma Chica.

En 1949, el Presidente de la República Sr. Galo Plaza, el Ministerio de Previsión Social y Trabajo, creado en 1928 y regente de las Instituciones de Salud, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Junta de Asistencia

27. Historia del Hospital de Niños “Baca Ortiz” Disponible en:
<http://www.hbo.gob.ec/index.php/hospital/historial>

Social planificaron la creación de una nueva Maternidad para Quito con todos los adelantos científicos, técnicos y administrativos de la época, con capacidad de 100 camas para una población aproximada de 200 000 habitantes.

La nueva Maternidad se inauguró con la presencia del Señor Presidente de la República Don Galo Plaza y sus ministros de estado el 28 de marzo de 1951 y abrió sus puertas al público el día 25 de mayo del mismo año. La Institución recibió el nombre del ilustre y ejemplar doctor Isidro Ayora.²⁸

En lo referente a la Neonatología, justo es reconocer a este hospital como cuna de la Neonatología en el Ecuador pues desarrolló un cuidado de alta calidad gracias a los buenos criterios organizativos y administrativos de sus médicos. En la famosa sala 205 se inició el cuidado de recién nacidos enfermos y graves. Con los equipos disponibles, sus pioneros los doctores Nicolás Espinosa Román, Gualberto Arias, Fabián Vásconez y Carlos Naranjo con la colaboración de médicos residentes hicieron una labor grandiosa y salvaron las vidas de muchos neonatos quiteños. Hicieron escuela para el aprendizaje de los avances y secretos de la Neonatología, muchos profesionales ecuatorianos pasaron por sus instalaciones y se nutrieron de conocimientos y experiencias para replicarlos en otras casas de salud de la ciudad y del país. Con el tiempo se sumaron nuevos médicos tratantes entre los que cabe nombrar a Efraín Centeno Mosquera, Víctor Hugo Espín Mayorga, Aníbal Arias Beltrán, Lourdes Estrella Arias, Jorge Pizarro Alvarez y Lenín León Camacho. Todos dejaron su huella de trabajo ético, científico y comprometido. Este gran equipo ganó el premio a la mejor investigación científica, convocado por Laboratorios Life, en el año de 1968 con el trabajo: Morbimortalidad Intrahospitalaria. Aquí se estrenaron, por primera vez en el país, algunos procedimientos como la exanguíneo transfusión y la fototerapia.

Progresos en la década del cincuenta

Lo más relevante de la década de los 50 se resume en los siguientes eventos: tomado de <http://www.ucineo.com.ar/lineahist-3.htm> y modificado por el autor de este trabajo:

28. Disponible en: <http://www.hgoia.gob.ec/index.php/hospital>

Año	Autor	Evento o descubrimiento
1952	Watson & Crick	Se describe correctamente la estructura del ADN. Sus autores recibieron el premio Nobel de Medicina. Descubrimiento sustantivo para el impresionante progreso de la Genética
1952	Schmid & Quaiser	Primera descripción clara en la literatura inglesa de la Enterocolitis Necrotizante una enfermedad grave del recién nacido, sobre todo prematuro
1952	Patz	Pruebas iniciales, con algunos errores de procedimiento, que ligaron el oxígeno excesivo a la retinopatía del prematuro (ROP).
1953	Donald	Descripción de la historia natural del síndrome de dificultad respiratoria y su correlación radiológica. Evento clave en la búsqueda del mejor tratamiento para esta patología frecuente en neonatos prematuros
1953	Love & Tillery	Tracción externa para el síndrome de dificultad respiratoria para utilizarla en caso de no tener ventiladores de presión negativa. La técnica no tuvo mayor acogida
1953	Rickham	Primera unidad de cirugía neonatal, Alder Hey Children's Hospital, Liverpool. Era un paso muy necesario para afrontar con éxito la resolución de los problemas quirúrgicos neonatales, especialmente de origen malformativo
1953	Emerson	Invencción de la ventilación de alta-frecuencia (HFOV) La introducción en el país de este modo ventilatorio fue a comienzos de este siglo XXI
1954	Pick	Asociación clínica entre el recién nacido pequeño de término y la insuficiencia placentaria. Se trata de la incorporación de conocimientos que toman en cuenta a un órgano como la placenta para estudiarlo a fondo y comprender mejor su estructura y sus funciones
1954	Clifford	Descripción clínica del recién nacido "postmaduro" que serviría de base para implantar en el Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito un programa consistente en amniocentesis, estudio de líquido amniótico para confirmar maduración pulmonar y terminación del embarazo si estaba indicado o se descubría meconio.
1956	Silverman	Estudio controlado: las sulfas incrementan el riesgo de kernícterus. Fue uno de los problemas derivados del uso indiscriminado de medicamentos nuevos sin evaluar posibles consecuencias en neonatos enfermos
1956	Tjio and Levan	Primera publicación del número correcto de los cromosomas humanos (46). Descubrimiento que daría paso a innumerables investigaciones.
1957-	Burns Hodgman	Síndrome del bebé-gris debido al uso profiláctico de cloranfenicol en dosis de 100 a 165 mg/kg/día por vía intramuscular, niveles sanguíneos altos de 70 a 250 ug/ml. Estudio controlado.
1957	Salk	Año de aplicación de la vacuna inactiva (virus muertos) contra la polio a unos 2 millones de niños llamados "pioneros de la polio" Actualmente se usa en Ecuador como parte de la vacuna séxtuple o hexavalente.
1957	Sabin	Vacuna antipoliomielítica oral. Utilizada en Ecuador desde 1972 hasta el presente 2014
1957		Producción comercial de agujas con aletas para canalización de venas en niños y recién nacidos. Facilitó mucho el trabajo del personal de salud. En Ecuador se conocieron con el nombre de pericraneales.
1957		Introducción en Europa de la Talidomida asociada a malformaciones congénitas como las dismelias. La Dra. Frances Oldham Kelsey de la FDA negó autorización para usar este medicamento en USA.
1958	Silverman	Estudio controlado: la hipotermia conduce a una disminución de la sobrevivencia de prematuros. Reforzó la idea de controlar de manera eficiente la temperatura corporal del recién nacido y demandó incubadoras con humedad y mejores sistemas de control.

1958	Disponibilidad de catéteres arteriales y venosos modernos en varios tamaños
1958	Primer transporte aéreo de un recién nacido, Denver, Colorado (DC-3)
1958 Cremer	Enfermeras reportaron en la década de los 50 que los niños expuestos a la luz solar se veían menos amarillos. En este año se difundió el uso de la luz fluorescente para tratar la ictericia neonatal
1959 Avery	La deficiencia de surfactante es la causa del síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Esto fue fundamental porque constituyó el punto de partida para buscar la producción de esta sustancia para revolucionar el tratamiento de la enfermedad
1959	Se identifica la trisomía 21 en el Síndrome de Down
1959	Líquidos intravenosos en recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria (RDS). Algunos autores los utilizaron para administrar infusiones con bicarbonato de sodio a niños con la enfermedad.
1959	Primer reporte de cateterización de la arteria umbilical para obtener muestras de gases sanguíneos y asegurar que el suministro de oxígeno se ajuste a las necesidades de los neonatos

La década del sesenta

En el Ecuador entre los años de 1960 y 1970 los asuntos de la niñez y la adolescencia fueron abordados con la visión de las políticas sociales que impulsan el respeto a los derechos del niño y el desarrollo comunitario. Hubo diferentes instituciones, cada una con su enfoque, que diseñaban e implementaban tales políticas de manera descoordinada y fragmentada. Nacieron así casas de observación de menores, convenios con órdenes religiosas, programas de formación de profesionales especializados en campos específicos de la infancia. La creación a finales de los 70 de instituciones como Foderuma y el Ministerio de Bienestar Social propiciaron la participación de la comunidad para atender a los menores bajo la forma de centros comunitarios infantiles.⁸³ En los años siguientes se dio una nueva transición en la atención de los niños al pasar de la prestación de servicios al reconocimiento del sujeto de derechos en medio de fenómenos crecientes como la emigración y cierta profundización de la pobreza. Pese a las dificultades en todo este período se ofrecieron enseñanzas y cuidados basados en los conocimientos de Puericultura. Los afanes protectores de la infancia se notaron también en la organización de congresos, conferencias, cursos nacionales e internacionales, convocados en su mayoría por médicos para discutir directrices, refrescar o adquirir conocimientos médicos o legales para mejorar las leyes y la salud y educación de los niños considerados en todas partes *“germen y base de la nacionalidad”*

Un acontecimiento de incorporación obligatoria en esta historia resumida de la atención médica a la niñez del país se inscribió el 16 de junio de 1967 con la publicación del Decreto 084 de la Asamblea Constituyente creando el Ministerio de Salud Pública (MSP) con las atribuciones de: “Planear, programar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades de promoción, protección de la salud, para cuyo efecto tendrá a cargo las ramas de sanidad, asistencia social y los demás que se relacionan con la salud general” conforme reza en el Reglamento expedido el 30 del mismo mes y año. El Ecuador era el único país de Latinoamérica que no tenía una Secretaría de esta importancia. Vale, en todo caso, reseñar que se logró dar este paso en el segundo intento. El primero fue en 1948 cuando, en la Presidencia de Galo Plaza, se vetó el Acuerdo Legislativo 626 que creaba el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

El ministerio ha tenido una trayectoria de altibajos motivados por graves deficiencias presupuestarias en unas ocasiones y por la falta de continuidad de la gestión en otras. El dinero asignado por cada uno de los distintos gobiernos no ha sido suficiente para cubrir todos los programas necesarios para mejorar las condiciones de salud de la población.

Aparte de lo señalado lo más relevante de la década de los 60 se resume en los siguientes eventos: Tomado de <http://www.ucineo.com.ar/lineahist-3.htm> y modificado por el autor de este trabajo:

Año	Autor	Evento o descubrimiento
1960	Shaeffer	Primer uso de los términos "neonatólogo" y "neonatología" ("neonatologist" y "neonatology") en libros de texto
1960		Ciertos defectos congénitos (dismelias) se relacionaron con el uso de la Talidomida
1961		La OMS (WHO) diferencia la prematuridad del bajo peso
1962	Thomas H. Seller	Vacuna contra la rubeola. La combinada con antígenos de sarampión y paperas fue aprobada por la FDA en 1967 e introducida al Ecuador en 1999
1962	Saling	Muestras de sangre del cuero cabelludo fetal para monitoreo de pH durante la labor del parto. No se utilizó en el Ecuador.
1963	Liley	Primer reporte de transfusión fetal intrauterina (en la cavidad peritoneal del feto) para el manejo de la enfermedad hemolítica por Rh. Por lo menos en el HCAM no se hizo
1963	Guthrie	Fenilcetonuria (PKU) prueba de tamizaje. Se hace en Ecuador desde 2006 en convenio entre el HCAM y la Universidad de Hamburgo y como una prueba más dentro del programa del Ministerio de Salud desde el 2012

1963		Patrick Bouvier Kennedy, hijo del Presidente JF Kennedy falleció de síndrome de dificultad respiratoria (SDR), con 34 semanas de gestación y peso 2100g. Algo parecido prácticamente no ocurre en la actualidad.
1963	Lubchenco	Tablas y curvas de crecimiento intrauterino de peso, longitud y perímetro cefálico por edad gestacional. Introducción de los conceptos de adecuado, pequeño y grande para la edad gestacional (AEG, PEG, GEG). Nicolás Espinosa publicó curvas locales en 1966
1963	Mustard	Reparación para la transposición de los grandes vasos en el Hospital for Sick Children, Toronto Canadá. Christiaan Barnard en su autobiografía reclamó para sí el crédito de la operación y aseguró que Mustard fue un seguidor años después
1963-1964		Epidemia en Estados Unidos produjo 20 mil casos de rubeola congénita, 11250 embarazos no llegaron a su fin por este motivo, 11600 niños con sordera, 3580 con ceguera y 1800 con retraso psicomotor
1964	Eickhoff	Boston primer reporte de sepsis neonatal por estreptococo del Grupo B
1965		Primer curso y programa de entrenamiento de Enfermería práctica pediátrica (PNP) en la Universidad de Colorado
1965	Gluck	Primera Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Yale-New Haven Hospital, New Haven, Connecticut. La primera de este tipo se inició en el HCAM bajo la Jefatura del Dr. Nicolás Espinosa y la conducción del Dr. Gabriel Ordóñez Nieto en 1980
1966	Usher et al	Estableció las características somáticas para estimar la edad gestacional
1966	Rashkind y Miller	Desarrollo de la técnica de septostomía atrial (se transformó en la terapia de rescate para los recién nacidos con transposición de grandes vasos) Primera técnica de cateterismo intervencionista en 3 niños con la referida cardiopatía.
1966	Meyer et al	Vacuna contra la rubeola que proporcionaba seguridad, inmunidad a largo plazo y bajo costo
1966	Freda	Disponibilidad comercial de RhoGAM la inmunoglobulina anti D que protege de la reacción inmunológica cuando una mujer Rh negativa se expone a eritrocitos fetales Rh positivos
1967	Northway, Rosan & Porter	Se describe la displasia broncopulmonar (DBP) como resultado de la investigación de secuelas del SDR entre los sobrevivientes en Palo Alto California, tratados con ventilación mecánica prolongada y O ₂ caliente, humidificado y en concentraciones del 80 al 100%
1967	Guthkelch	Tratamiento de la hidrocefalia infantil con la válvula de Holter
1967	Hon and Quilligan	Descripción de tres tipos de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal: tempranas, tardías y variables con claras interpretaciones de cada una.
1967	Kantrowitz	Primer trasplante cardíaco en un recién nacido, en el Maimonides Medical Center, Brooklyn, New York. El niño receptor tenía 19 días de vida con un defecto cardíaco grave, mortal y vivió algo más de 6 horas luego de la cirugía. El país tenía muy buenos cardiólogos pero ninguno formado en Cardiología Pediátrica ni en cirugía de congénitos
1968	Fontan	Procedimiento de Fontan como cirugía paliativa en niños que poseen un solo ventrículo funcional debido a falta de una de las válvulas de entrada a los ventrículos (tricúspide o mitral) o hipoplasia del corazón izquierdo o hipoplasia del corazón derecho
1968		Disponibilidad de monitores (anteparto e intraparto) de la frecuencia cardíaca fetal (Corometrics)
1968	Amiel-Tison	En el Hospital Port Royal, Universidad de París desarrolló un método neurológico práctico para estimación de la edad gestacional en el neonato mediante evaluación del tono activo, tono pasivo y reflejos primarios.

1968 Wilmore & Dudrick	Primer reporte publicado de nutrición intravenosa total que se acompañó de crecimiento y balance nitrogenado positivo en un recién nacido
1969 Hilleman	Lanzamiento de la vacuna contra la rubeola (virus vivos atenuados) utilizando una cepa de virus obtenida por Paul Parkman y Harry Meyer de la División de Patrones Biológicos
1969 Lucey	Estudio controlado del tratamiento con fototerapia para la hiperbilirrubinemia neonatal
1970	Publicación de técnicas estandarizadas para la cateterización de la arteria umbilical. Se practicó el procedimiento en el HCAM desde el inicio de la terapia intensiva neonatal en 1980
1970 Dubowitz	Método de puntuación para estimar la edad gestacional basado en características somáticas y neurológicas del recién nacido.
1971 Gregory	Uso de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) para el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Se utilizó, con buenos resultados, en el HCAM desde 1978 en forma esporádica, luego en la UCIN de manera rutinaria y finalmente en otras instituciones y otras provincias
1971 Gluck et al	Comprobación semicuantitativa, de la relación lecitina/esfingomielina, (L/S ratio) de la madurez pulmonar en líquido amniótico obtenido por medio de amniocentesis. En el HCAM se utilizó con seguridad una prueba cualitativa ideada por Clements en 1957
1971	Política de regionalización de los cuidados perinatales de la AMA. Todavía no existe en el Ecuador
1972 Shannon et Al	Descripción del test de hiperoxia para la cardiopatía congénita cianótica, coadyuvante en el diagnóstico diferencial con la cianosis de origen pulmonar
1972 Kirby	Ventilación mandatoria intermitente (IMV) para el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) con ventilador BabyBird y otros. En el HCAM en 1980 se utilizó por primera vez en el país el Bourns BP200
1972 Liggins	Estudio controlado: glucocorticoides prenatales para la prevención del síndrome de dificultad respiratoria (SDR). En el HCAM es uno de los esquemas utilizados desde los años 80
1972	Cateterización de arterias umbilicales como uso rutinario. Se la practica en el HCAM desde el comienzo del cuidado intensivo neonatal (1980)
1973 Jones, Smith, & Uilleland	Descripción clínica del síndrome alcohólico fetal en hijos de mujeres con enfermedad de alcoholismo pesado
1973 Huch et al.	Monitorización transcutánea continua de PO ₂ en recién nacidos (TcPO ₂) El HCAM tuvo estos monitores entre los años de 1983 a 1985
1973 Klauss & Fanaroff	Publicación de "Cuidados del Recién Nacido de alto riesgo" ("Care of the High-Risk Neonate") 1a Edición. Libro que sirvió para estudiar y formar personal con buenos conocimientos del recién nacido.
1974 Sharpe	Se publica la observación que la Indometacina produce contracción intensa y persistente del conducto arterioso en vivo.
1974	Comienza la certificación como subespecialidad de la Perinatología en Obstetricia
1975	Nutrición parenteral total (TPN) en recién nacidos se hace rutinaria. En la unidad del HCAM se inició en forma tardía. Se prefirió la nutrición enteral con calostro y leche materna cuando no había contraindicación para utilizar el tubo digestivo. El SDR por sí solo no era impedimento para aplicar esta medida

1975 Olley and Coceani	Prostaglandina E para mantener permeable al conducto arterioso en Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canadá. El país no tiene la medicación y la única vez que se usó en el HCAM en el año 2013 la familia del niño la compró en el extranjero
1975	Comienza la certificación de subespecialistas en Neonatología. La Universidad San Francisco de Quito formó en curso de 2 años de duración a pediatras generales. Se graduaron los primeros 4 en el año de 2006
1975 Bartlett	Primer uso de la oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) en recién nacidos con severo SDR. No se ha utilizado la técnica en el Ecuador.
1976 Anderson, Nicholson, & Heird	Estudio controlado: nutrición parenteral total en prematuros
1976 Adib Jatene	Primera operación de switch arterial exitosa (corrección anatómica) para la transposición de los grandes vasos. 2 niños fueron operados bajo hipotermia profunda, paro circulatorio total. Uno murió de insuficiencia renal al tercer día del postoperatorio y el otro se recuperó sin contratiempos
1979	Monitoreo transcutáneo de PCO2 en recién nacidos. La unidad neonatal del HCAM tuvo 2 monitores para el monitoreo transcutáneo de PO ₂ y PCO ₂ en 1985
1979	Estudio controlado: tratamiento con indometacina para el ductus arterioso permeable (PDA) en prematuros. Fue usada en la unidad del HCAM en muy pocos casos a principios de la década de los 90
1979 Ballard	Sistema de score de edad gestacional simplificado (Dubowitz modificado) De cumplimiento obligatorio en el servicio de Neonatología - HCAM desde 1986
1979	La FDA aprueba al ritodrine para el tratamiento del parto prematuro
1980 Fujiwara	Descripción del surfactante para el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria (SDR). En el HCAM se usó por primera vez en abril de 1991 con éxito, todas las cuatrillizas superaron el SDR. El uso desde entonces, continuado a ininterrumpido, sirvió para reducir la mortalidad por esta causa
1981 Greenberg	Administración endotraqueal de epinefrina (adrenalina). Utilizada en el país como parte de la reanimación neonatal en varios centros y desde hace más de 10 años
1981 Harrison Michael R.	Cirugía fetal exitosa para uropatía obstructiva en el Centro de Tratamiento Fetal San Francisco de la Universidad de California. Esto no se ha intentado aun en el Ecuador porque requiere de una participación multidisciplinaria y los costos quizá la hacen prohibitiva
1982	El caso "Baby Doe", Trisomía 21 con atresia de esófago, niño falleció porque no fue intervenido quirúrgicamente por insinuación profesional y decisión de los padres. El caso llegó a la Corte Suprema Federal de los Estados Unidos pero la criatura murió antes de llegar el caso a Washington. Sirvió para aprobar en 1984 Ley "The Baby Doe Rules" que condena como abuso y negligencia más que como discriminación la no aplicación del tratamiento indicado a un niño. No existe una ley parecida en el Ecuador.
1982 Gershanik	Muertes neonatales asociadas con el uso de alcohol bencílico en los Estados Unidos que Gershanik describió como Síndrome de Intoxicación con alcohol Bencílico.
1983	Comienza la certificación de enfermeras especializadas en neonatología. En Ecuador el Primer Postgrado Enfermería en Perineonatología se hizo con aval de la Universidad Central del Ecuador entre 1999 y el 2000
1983	La AAP y la ACOG publicaron "Guidelines in Perinatal Care"

1983-1984		Vitamina E intravenosa (E-Ferol) causa ascitis, fallo renal y hepático, trombocitopenia y muerte en recién nacidos de bajo peso. No se presentaron nuevos casos una vez suspendido el uso intravenoso de E-Ferol y en las soluciones de nutrición parenteral
1984		Ventiladores Jet para una ventilación de alta frecuencia para niños prematuros que necesitan asistencia respiratoria y que podrían sufrir de daño pulmonar con la ventilación convencional.
1984	Bailey Leonard	"Baby Fae," Primer xenotrasplante en el recién nacido en Loma Linda University Medical Center. Una niña con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico recibió el corazón de un babuino (mono cinocéfalos africano). La nena murió 21 días más tarde al rechazar el corazón trasplantado
1985		Estudio controlado: ECMO (oxigenación de membrana extracorpórea) en niños con insuficiencia respiratoria. Los mejores resultados se alcanzaron en neonatos con circulación fetal persistente, hernia diafragmática congénita y síndrome de aspiración meconial
1985	Hardy R.J.	Estudio controlado: crioterapia para la retinopatía del prematuro (ROP). En el HCAM se la realiza desde 1996
1987	Jennis M.S.	Oximetría de pulso en recién nacidos. Método no invasivo usado de modo amplio en las unidades neonatales del país desde la década de los 90
1987		Programa de reanimación neonatal lanzado por la Academia Americana de Pediatría y la American Heart Association. Sirvió para tener protocolos sobre la materia, dictar cursos y preparar personal
1989	Harrison, UCSF	Cirugía fetal exitosa para la hernia diafragmática congénita
1990	Harrison, UCSF	Cirugía fetal exitosa para malformación adenomatoide quística (CCAM)
1990		Ventilación oscilatoria de alta frecuencia (HFOV)
1990		La FDA aprueba el tratamiento con surfactante para el síndrome de dificultad respiratoria (SDR)
1991	Ballard	Nuevo Score de Ballard (NBS) para edad gestacional, extendido a prematuros extremos de <26 semanas de gestación. De uso obligatorio en Neonatología del HCAM desde 1992
1991	McNamara	Estudio controlado: crioterapia versus láser en el tratamiento de la retinopatía del prematuro (ROP)
1992	Harrison, UCSF	Cirugía fetal exitosa para la resección de un teratoma sacrocoxígeo
1992		Guía de la Academia Americana de Pediatría para la quimioprofilaxis del Estreptococo del Grupo B
1992		La AAP recomienda la posición supina para dormir en niños, el resultado fue una reducción del 30-40% en la incidencia de SIDS (Síndrome de Muerte Súbita del Lactante). Se incorporó como práctica rutinaria en el HCAM desde el año 2000
1996		Recomendaciones del Control Disease Center (CDC) para el tamizaje y la quimioprofilaxis de Estreptococo del grupo B
1997		La FDA aprueba el uso del óxido nítrico para la hipertensión pulmonar en el recién nacido. En unidad del Andrade Marín no se utilizó nunca.
1997		Estudio controlado: óxido nítrico para la hipertensión pulmonar en el recién nacido
2000	Collins y Venter	Completan el mapa inicial del genoma humano

Perinatología y Neonatología Hospital “Carlos Andrade Marín” 1970 - 2010

El comienzo

Lo que actualmente es el servicio de Perinatología y Neonatología del Hospital “Carlos Andrade Marín” inició su actividad el 6 de mayo de 1970, época de la inauguración de esta importante casa de salud, perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.²⁹

El Dr. Nicolás Espinosa Román, inteligente y visionario, sabio y trabajador, desarrolló en los cubículos de neonatología del “Andrade Marín” una escuela para diagnosticar y tratar los problemas de los recién nacidos sobre bases de investigación, estudio y ética. En los siguientes años se operaría un importante crecimiento del número de neonatos atendidos y alcanzaría la calificación de Servicio de Neonatología primero y luego como servicio de Perinatología y Neonatología formó parte del Departamento de Pediatría cuyo primer jefe fue el Dr. Nicolás Espinosa Román. Durante su permanencia en el hospital tuvo la colaboración de varios especialistas como los doctores: Efraín Centeno, Rodrigo Prado, Edison Altamirano con quienes atendió la hospitalización de neonatos y los programas de seguimiento. Con los doctores. Alcy Torres y Gonzalo Sánchez se cubrió la consulta externa.

Conformación del primer equipo

El avance vertiginoso de los conocimientos, en las áreas de su competencia, hizo necesario contar con el concurso de otros especialistas y es así como se incorporaron la Dra. Olga Guayasamín, para desarrollar y aplicar tecnología en el área Perinatal y la Dra. Haydeé Gallegos de Salvador, para colaborar primero y continuar después con el diagnóstico de los problemas neurológicos y el seguimiento de los niños de alto riesgo en la consulta externa, tarea compleja que demandó la presencia de profesionales psicólogos para ofrecer un manejo integral de los niños y sus familias y se propició el ingreso de las Dras. Susana Escobar y Ana María Cabrera.

El Dr. Daniel Gallegos, Pediatra con especialidad en Genética, contribuyó en el estudio de las malformaciones congénitas y logró que el servicio participara en un estudio que a nivel latinoamericano realizaba el ECLAMC (Estudio Colaborativo

29 Villacís E. Reseña histórica del Hospital “Carlos Andrade Marín” CAMBIOS Órgano Oficial de Difusión Científica H.C.A.M. 2002;1(1):10

Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) conducido por el Dr. Eduardo Castilla. Daniel dejó el hospital en 1980 para radicarse en la ciudad de Guayaquil. El trabajo de investigación que realizaba junto con el Dr. Rodrigo Prado, siguió un tiempo más y se discontinuó hasta que en el mes de junio de 2001 se decidió participar nuevamente con la intervención del Dr. Germán Montalvo. A la fecha y gracias al magnífico trabajo desarrollado por el referido profesional el Centro de Neonatología del HCAM forma parte de un grupo de reconocida calidad internacional.

Gestación y nacimiento del cuidado intensivo neonatal

Hasta 1979 no se disponía de cuidados intensivos neonatales, se trabajaba hasta el nivel de cuidados intermedios con éxito, la mortalidad neonatal rondaba la cifra de 16 por mil nacidos vivos, se practicaba la amniocentesis especialmente en los embarazos prolongados con el propósito de identificar el grado de madurez fetal y la presencia o ausencia de sufrimiento fetal y procurar el nacimiento de niños por la vía más apropiada en las mejores condiciones de salud. *A mediados de este año se incorporó el Dr. Gabriel Ordóñez y con él se inició la asistencia ventilatoria y el cuidado intensivo neonatal. Al comienzo se utilizó, con ciertas adaptaciones, el MA1 en situaciones de emergencia y como era de esperarse los resultados no fueron del todo satisfactorios. En alguna ocasión se recurrió también, en situaciones angustiosas, a la ventilación con respirador Mark 14 acoplado a un circuito que se había creado para recién nacidos llamado circuito Q. En fin era una etapa de limitaciones extremas y los intentos por salvar niños de la membrana hialina fueron amplia y generosamente comprendidos por el Dr. Nicolás Espinosa quien impulsó, sin miramientos ni restricciones, todos los esfuerzos realizados en este campo. Fue un visionario que merece un lugar de privilegio en la historia de la Neonatología del HCAM y del Ecuador.*³⁰

A continuación se implantó la presión positiva continua, para el efecto, hubo un dispositivo completo muy parecido al diseñado por Gregory en 1971 y poco a poco se protocolizaron los procedimientos como: cateterismo de vasos umbilicales, intubación endotraqueal y se implementaron sistemas de registro y vigilancia. Eran

30. Centeno E, Prado R, Bossano R. Atención materno infantil en el Hospital Carlos Andrade Marín: 32 años promoviendo el bienestar del binomio madre e hijo. CAMBIOS Órgano Oficial de Difusión Científica H.C.A.M. 2002;1(2):223

tiempos de trabajo incesante y lucha contra las incomprensiones que todo cambio enfrenta. Pese a todo se confirmó en 1980 el nacimiento de la primera unidad de cuidados intensivos neonatales en el país.

Decisiones propias

En estos años el tratamiento de la enfermedad de membrana hialina pulmonar incluía goteo continuo de bicarbonato de sodio a distintas concentraciones. El servicio carecía de ventilación mecánica y los resultados hacían dudar de la eficacia de la medida. En varias sesiones clínicas se revisaron los fundamentos que soportaban la indicación y se tomó la decisión fue suspender el tratamiento rutinario con bicarbonato y aplicarlo solo en casos de acidosis metabólica con cifras de PaCO_2 consideradas normales o bajas. Esta decisión fue pionera. Actualmente es una recomendación generalizada.³¹

En esta misma dirección se revisó todo lo concerniente al uso de bicarbonato de sodio durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) en esta etapa de la vida. Por las mismas consideraciones ya anotadas se tomó la determinación de no usarlo rutinariamente en la RCP neonatal. También es al presente una recomendación ampliamente aceptada. Incluso es parte de las normativas difundidas por organismos como American Heart Association. y la Academia Americana de Pediatría³² Otro aspecto destacado del manejo neonatal, en esta época, es el relacionado con la alimentación del paciente sometido a ventilación mecánica. De muchas partes se recibía información sobre lo recomendable que resultaba mantener ayuno estricto y nutrición parenteral mientras permanecía conectado al ventilador, el servicio consideraba contraproducente tal medida porque aceleraba el desarrollo de una desnutrición aguda que no contribuía a la recuperación del neonato. Con ciertos temores se decidió alimentar al niño mientras recibía soporte ventilatorio. El resultado fue el esperado en materia nutricional. La medida fue cobrando vigencia en otros países y ahora se la emplea de manera rutinaria cuando el tubo digestivo lo permite hacer con seguridad.

31. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Neonatal Resuscitation Guidelines Circulation. 2005;112:IV-188-IV-195

32. American Academy of Pediatrics. Reanimación Neonatal. Segunda edición. 2003

El primer uso de surfactante

Se menciona, por tratarse de un hito histórico en el desarrollo de los productos tecnológicos utilizados en la neonatología nacional el nacimiento en abril de 1991 de las cuatrillizas C.V. con pesos que oscilaron entre 800 y 1200 gramos que fueron las primeras ecuatorianas en recibir, por vía intratraqueal el surfactante exógeno sintético, comercialmente conocido como Exosurf, con resultado exitoso pues todas superaron la enfermedad de membrana hialina sin secuelas de tipo pulmonar ni de otro tipo.

El tamizaje neonatal

En mayo del 2006 gracias a una propuesta del Dr. Fausto Moncayo Calero†, entonces Director del Instituto Andino de Enfermedades Metabólicas se hizo un convenio muy favorable para las madres y sus hijos recién nacidos. Consistió en la realización, a costos muy asequibles, de un tamizaje metabólico, cuyas muestras de sangre impregnada en papel filtro, se procesaban en la Universidad de Hamburgo, con espectrofotometría de masas en tándem, para descubrir con toda oportunidad enfermedades de diagnóstico clínico difícil a esta edad como: fenilcetonuria, galactosemia, deficiencia de biotinidasa, hipotiroidismo congénito y síndrome adrenogenital.

La sala de crecimiento y la participación de las madres

El personal de enfermería liderado por la Lcda. Susana Jiménez tomó a su cargo la tarea de implementar y aplicar un programa de estimulación temprana de gran ayuda para niños ingresados en el hospital y contacto limitado a unas 12 horas, como máximo, con sus progenitoras.

Este programa no habría trascendido sin el apoyo y participación de las madres y la familia. Se trata de un trabajo continuo y de largo aliento para acrecentar las oportunidades de una vida normal o lo más cercana a lo normal. El servicio de Rehabilitación, desde luego, se halla integrado a esta actividad, su personal atiende diariamente a los niños y enseña a los profesionales y madres técnicas orientadas a obtener los mejores resultados en el futuro.

Las madres estuvieron mucho tiempo incorporadas al servicio sin organización y sin una participación activa en el cuidado ni en la estimulación de los recién

nacidos. Se limitaba a visitas, diálogos sobre la condición y evolución de los niños y alimentación según horarios establecidos o necesidades especiales. Siempre se procuró mantener, vigente al máximo, la alimentación materna debido a sus obvias e indiscutibles ventajas. La Lcda. Jiménez preparó a un grupo de madres y logró su integración a la dinámica del Centro de Neonatología, al cumplimiento irrestricto de sus normas, sobre todo en prevención de infecciones. Se alcanzó también, sobre la base de la más humana solidaridad, una mutua y permanente ayuda entre ellas tanto en aspectos económicos, sociales, educativos y psicológicos. Fue una actividad trascendente que se encuentra vigente y se está trabajando para que perdure en el largo plazo.